



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

**Intervenções Psicoterapêuticas na Pessoa com
Doença Mental Grave**

Natacha Jacinto Gabriel Rodrigues

2014

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Intervenções Psicoterapêuticas na Pessoa com Doença Mental Grave

Natacha Jacinto Gabriel Rodrigues

Relatório de Estágio Orientado por: Professor Luís Nabais

2014



Agradecimentos

À minha família, marido e filha que me acompanharam, apoiaram e motivaram ao longo deste percurso...

Aos meus pais que insistiram...

Às orientadoras de estágio que sempre se disponibilizaram para me orientar, acompanhar e supervisionar...

Ao docente orientador que supervisionou e revelou muita disponibilidade... e muita paciência...

Resumo

A elaboração deste documento surge como resultado de uma análise crítico reflexiva essencialmente narrativa e descritiva, das intervenções desenvolvidas em contexto de um processo de aprendizagem baseado na prática clínica.

Este percurso de desenvolvimento profissional e pessoal desenhou-se em torno de dois contextos clínicos de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, intervenção na fase de crise e intervenção na comunidade.

Os participantes das intervenções foram a pessoa com doença mental grave, que apresentavam como diagnóstico médico: *Esquizofrenia, Transtorno Bipolar, Transtorno Delirante, Transtorno Depressivo Major, Transtorno Esquizoafetivo e Transtorno Psicótico SOE*.

Em ambos os contextos clínicos foram implementadas e desenvolvidas Intervenções Psicoterapêuticas de Adesão ao Tratamento Farmacológico na Pessoa com Doença Mental Grave.

O programa constituiu-se por duas intervenções. A primeira intervenção composta por uma entrevista de acolhimento e quatro entrevistas motivacionais. A segunda intervenção constituída por duas sessões educativas. As intervenções desenvolveram-se utilizando as técnicas e princípios da entrevista motivacional, sendo complementadas com intervenções de caráter educativo, essencialmente suportadas por técnicas de terapia cognitivo comportamental.

Para avaliar quantitativamente os resultados foi utilizado o “Inventário de Atitudes para com a Medicação” de HOGAN, tendo todos à exceção de dois participantes revelado acréscimo da pontuação após a realização das intervenções.

Este percurso traduziu-se na aquisição de um vasto leque de competências, quer a nível de planeamento, desenvolvimento e avaliação de intervenções específicas, bem como, aprimoramento de técnicas comunicacionais e relacionais terapêuticas, baseado num modelo de prática baseada na evidência.

Palavras-chave: pessoa, doença mental, enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.

Abstract

The preparation of this document comes as a result of an essentially narrative and descriptive, reflective critical analysis of interventions developed in the context of a learning process based on clinical practice.

This journey of personal and professional development was designed around two clinical contexts of mental health nursing and psychiatric intervention in the crisis phase and intervention in the community.

Participants of the interventions were a person with severe mental illness, who presented as a medical diagnosis: *Schizophrenia, Bipolar Disorder, Delusional Disorder, Major Depressive Disorder, Schizoaffective Disorder and Psychotic Disorder NOS*.

In both clinical settings were implemented and developed Psychotherapeutic Interventions for Adherence to Pharmacological Treatment in People with Severe Mental Illness.

The program consisted of two interventions. The first intervention consists of an hosting interview and four motivational interviewing. The second intervention consists of two educational sessions. The interventions were developed using the techniques and principles of motivational interviewing, were complemented with character education interventions, and mainly supported by techniques of cognitive behavioral therapy.

To quantitatively evaluate the results we used the "Inventory of Attitudes to Medication" for HOGAN, all participants except two, revealed increased score after the completion of the interventions.

This route has resulted in the acquisition of a broad range of skills, both in terms of planning, development and evaluation of specific interventions, as well as enhancement of therapeutic communication and relational skills, based on a model of practice based on evidence.

Keywords: people, mental illness, mental health nursing and psychiatric.

Índice

Introdução	1
1 Enquadramento Conceptual	5
1.1 A Pessoa com Doença Mental Grave	5
1.2 A Pessoa com Esquizofrenia	6
1.3 Fenómeno de Não Adesão ao Tratamento Farmacológico	9
1.4 Entrevista Motivacional	11
1.5 Intervenções Promotoras de Adesão ao Tratamento Farmacológico	15
2 Metodologia	18
2.1 Caracterização da problemática de partida	18
2.2 Caracterização dos Participantes	18
2.3 Instrumentos e Técnicas utilizadas	19
2.4 Procedimentos	23
3 Desenvolvimento de competências e intervenções realizadas	28
3.1 Apresentação e análise dos resultados	28
3.1.1 Entrevistas de Acolhimento	28
3.1.2 1ª Sessão	30
3.1.3 2ª Sessão	31
3.1.4 3ª Sessão	32
3.1.5 4ª Sessão	33
3.1.6 1ª Sessão Educativa “ Importância da Medicação”	34
3.1.7 2ª Sessão educativa “ Gestão da medicação”	38
3.2 Síntese dos resultados obtidos	40
4 Conclusões e Recomendações para o futuro	45
5 Referências Bibliográficas	47
Anexos	50
Anexo I – Critérios Inclusão Serviço Internamento	
Anexo II – Critérios Inclusão Comunidade	
Anexo III – Planeamento Entrevistas Acolhimento	
Anexo IV – Planeamento 1ª Sessão Entrevista Motivacional	
Anexo V – Planeamento 2ª Sessão Entrevista Motivacional	
Anexo VI – Planeamento 3ª Entrevista Motivacional	
Anexo VII – Planeamento 4ª Entrevista Motivacional	
Anexo VIII – Planeamento 1ª Sessão Educativa “Importância da Medicação”	
Anexo IX – Planeamento 2ª Sessão Educativa “ Gestão da Medicação”	
Anexo X – Inventário de Atitudes para com a Medicação (HOGAN et al, 1983)	
Anexo XI – Atividade expressiva dos participantes	

Ilustrações

Quadro 1.0.....46

Gráfico 1.0.....47

Gráfico 2.0.....48

Introdução

No âmbito da realização do curso de especialização e mestrado em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, de natureza profissional, urge a elaboração deste relatório o qual pretende refletir um percurso enriquecido a nível profissional e pessoal, através da aquisição de conhecimentos teóricos, teórico práticos, da vivência pela experimentação e treino devidamente estruturado e sistematizado, permitindo-me o desenvolvimento de competências especializadas na enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.

Assim, o presente relatório visa descrever de forma critico-reflexiva as intervenções por mim realizadas, bem como salientar os aspetos mais relevantes desta vivência, e de que modo é que estes se traduziram em momentos de aprendizagem no presente, e passíveis de aplicar no meu futuro profissional.

Segundo a OMS, Saúde “ *é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente, a ausência de doença ou enfermidade*”. Mais especificamente, a OMS define Saúde Mental como “ *o estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza as suas capacidades, pode fazer face ao stress normal da vida, trabalhar de forma produtiva e frutífera e contribuir para a comunidade em que se insere*” (LIVRO VERDE, p. 4, 2005). Desta forma, torna-se preponderante o papel desenvolvido pelo enfermeiro de saúde mental e psiquiatria, na promoção, implementação e desenvolvimento de intervenções que promovam o restabelecimento e manutenção da saúde mental na pessoa, família, grupo, e/ou comunidade.

Assim, “ *o exercício profissional da enfermagem centra-se na relação interpessoal de um enfermeiro e uma pessoa ou de um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidade)*” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, p.4, 2009). Logo, a “ *relação terapêutica promovida no âmbito do exercício profissional de enfermagem caracteriza-se pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel*” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, p. 8, 2009).

Segundo Hildegard Peplau, na Teoria das Relações Interpessoais, entende que a essência dos cuidados de enfermagem fundamenta-se, no estabelecimento de relações

humanas, mais concretamente, entre um cliente, necessitado de serviços de saúde, e uma enfermeira (o), com formação especializada para reconhecer e responder à necessidade de ajuda. Trata-se assim, de um modelo de enfermagem psicodinâmico, na medida em que pressupõe um relacionamento dinâmico entre o enfermeiro e o cliente, de modo a ajudar o cliente/família/comunidade, a produzir mudanças que influenciem de forma positiva as suas vidas. Todo este processo só é possível, se for estabelecida uma relação interpessoal, entre os intervenientes.

Assim, a relação terapêutica é encarada como um processo interpessoal, por meio do qual enfermeiro e cliente, podem obter crescimento e desenvolvimento pessoais, sendo que o enfermeiro desempenha o papel de auxiliar no processo de aprendizagem, e a relação interpessoal só é satisfatória se possuímos um elevado conhecimento de nós próprios, das nossas capacidades e limitações.

O cliente é visto então numa perspectiva holística, devendo ser valorizadas e contextualizadas as suas expectativas, crenças e valores. O enfermeiro(a) assume o papel educativo e terapêutico, entre outros. A relação desenvolve-se e fortalece-se ao longo de um processo dinâmico, que tem como objetivo ajudar o cliente a ser proativo na consecução do seu projeto de saúde. Neste contexto “ *procura-se, ao longo de todo o ciclo vital, prevenir a doença e promover os processos de readaptação, procura-se a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das atividades de vida, procura-se a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos fatores, frequentemente através dos processos de aprendizagem do cliente*” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, p.8, 2009). Logo, “*as intervenções de enfermagem são frequentemente otimizadas... nomeadamente quando visam a alteração de comportamentos, tendo em vista a adoção de estilos de vida compatíveis com a promoção da saúde*” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, p.9, 2009).

Atendendo a que as perturbações psiquiátricas e os problemas de saúde mental tornaram-se a principal causa de incapacidade e uma das principais causas de morbilidade, nas sociedades atuais (PLANO NACIONAL DE SAÚDE MENTAL 2007-2016), é fundamental que os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros

estejam despertos para esta realidade, de forma implementar e desenvolver intervenções adequadas e eficazes às mais diversas necessidades neste âmbito.

Para tal, assume vital importância a aquisição e desenvolvimento de conhecimentos bem como competências quer técnicas, quer científicas e relacionais por parte destes profissionais de saúde, de modo a promover a prestação de cuidados de saúde mental e psiquiatria de qualidade, direcionados para a promoção da saúde, prevenção de recaídas, bem como a promoção de mecanismos de adaptação ao processo contínuo de saúde versus doença nas diversas fases do ciclo de vida da Pessoa.

Estas competências inserem-se no âmbito das competências do enfermeiro especialista como aquele que possui “(...) *um conhecimento aprofundado num domínio específico da Enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção especializado*” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, pág. 10, 2009).

Em conformidade com a experiência da minha prática clínica, e o meu desenvolvimento profissional, que a irregularidade na toma da terapêutica da Pessoa com doença mental grave, é um fenómeno bem conhecido e descrito e as falhas nas tomas podem limitar consideravelmente a melhoria clínica (ZYGMENT et al, 2002), sendo o impacto do fenómeno de não adesão ao regime terapêutico para a pessoa com doença mental grave significativo, visto que aumenta o risco de suicídio, incrementa os custos de saúde, diminui a qualidade de vida, que se repercute claramente nas famílias/cuidadores (GARCIA et al, 2010).

WEIDEN et al, citado por ROSA & ELKIS (2007) refere a não adesão de 23% dos clientes num mês, 42% em seis meses e 46% em 12 meses após o internamento. Estima-se que a taxa mensal de recaída seja de 3,5% para os clientes aderentes ao tratamento e de 11% para os pacientes não aderentes. E, durante um ano 50% dos doentes que iniciaram terapêutica irão desistir do tratamento e, eventualmente todos irão parar a medicação no espaço de 2 anos (NOSE et al, 2003).

Neste sentido, encontravam-se reunidas as condições necessárias para implementar e desenvolver um programa de “Intervenções Psicoterapêuticas de Adesão ao Tratamento Farmacológico na Pessoa com Doença Mental Grave”, potenciando a promoção de alterações do comportamento fomentando a mudança, e associando á rotina diária estratégias de adoção e facilitação do cumprimento do regime terapêutico.

Este percurso de ensino de prática clínica foi desenvolvido numa instituição de saúde pública, tendo início no Serviço de Internamento de Psiquiatria e Saúde Mental (sexo masculino), no período de 1 Outubro a 14 Dezembro de 2012, e posteriormente na Equipa Comunitária de Saúde Mental e Psiquiatria, no período compreendido entre 7 Janeiro a 15 Fevereiro de 2013, sendo desta forma dividido em dois momentos distintos mas complementares.

Neste âmbito procuro como finalidades e objetivos deste momento de prática clínica:

- Desenvolver Intervenções Psicoterapêuticas de Adesão ao Tratamento Farmacológico, com um grupo de clientes com doença mental grave, em contexto de serviço de internamento e comunidade.

Este relatório inicia-se com o enquadramento teórico, no qual são abordados os conceitos de acordo com alguns autores de referência, que sustentaram a pertinência da temática abordada e a seleção das intervenções a implementar, com vista ao desenvolvimento do programa de intervenções.

Na metodologia, caracteriza-se a problemática de partida, os participantes alvo do programa de intervenções, os instrumentos e técnicas selecionados, bem como os procedimentos realizados.

Segue-se a apresentação e análise dos resultados, efetuando uma descrição detalhada do desenvolvimento das intervenções que compõe o programa, e uma síntese dos resultados obtidos.

Seguindo-se a conclusão com a análise crítica e reflexiva dos principais resultados obtidos, dos contributos do desenvolvimento do programa de intervenções, na melhoria da prestação dos cuidados de enfermagem e ganhos em saúde na população alvo das intervenções. Finalizando com as referências bibliográficas.

1 Enquadramento Conceptual

No sentido de estabelecer um guia norteador para o planeamento, estruturação, desenvolvimento e avaliação das intervenções a implementar neste percurso de prática clínica, caracterizado pela aquisição e desenvolvimento de competências específicas na área da enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, tornou-se essencial recorrer a um quadro de referência, que sustente e funcione como eixo orientador deste processo. Neste sentido procedi a uma pesquisa da literatura e evidencia, que permitisse sustentar e planear o programa de intervenções a desenvolver.

1.1 A Pessoa com Doença Mental Grave

Assim sendo, e tendo consciência de que a doença mental constitui atualmente, um motivo de grande preocupação a nível Europeu, na medida em que, ” (...) *a doença mental custa á UE cerca de 3% a 4% do PIB* “ (LIVRO VERDE, p.5, 2005), bem como, por altas taxas de incapacidade, pois “(...) *são uma das principais causas de reforma antecipada e de pensões por invalidez*” (LIVRO VERDE, p.5, 2005) , que afetam não apenas e exclusivamente a pessoa doente, como também se repercutem na rede familiar e social em que este se encontra inserido, logo defende-se que uma das prioridades consiste” (...) *em proporcionar a todas as pessoas com doença mental, cuidados e tratamentos eficazes e de grande qualidade*” (LIVRO VERDE, p.5, 2005).

Neste contexto, e lembrando que, a Esquizofrenia, é uma perturbação mental grave, crónica, incapacitante, com início habitualmente, no final da adolescência ou no início da idade adulta, que se caracteriza por uma rutura do doente com o mundo real, com alterações do pensamento e/ou da perceção, as quais consequente e frequentemente, conduzem a alterações no funcionamento social e laboral, e estima-se que atinja entre 0,6% a 1% da população portuguesa, segundo RIOS (2007).

O controlo da doença, pressupõe uma intervenção farmacológica, a qual assume um papel crucial, pois a falha na adesão á medicação é um dos principais determinantes do prognóstico, aumentando significativamente a probabilidade de recaída, de reinternamento, e, a duração do internamento. O controlo adequado da sintomatologia

presente nestes doentes, assenta em substâncias antipsicóticas e, a profilaxia com antipsicóticos é comprovadamente eficaz, reduzindo de forma drástica o número de novos surtos e a intensidade dos mesmos.

No entanto, e á semelhança do que se verifica relativamente a doentes com outras patologias crónicas, embora a medicação antipsicótica seja eficaz no tratamento da sintomatologia positiva e negativa da esquizofrenia, a sua manutenção, seja crucial para a prevenção de recaídas, bem como, protetora do declínio cognitivo associado às recaídas, a adesão aos antipsicóticos é pobre (GRAY et al, 2010). Neste contexto, urge a necessidade, de enquanto enfermeiros de Saúde Mental e Psiquiatria, desenvolvermos intervenções que promovam e contribuam para a minimização desta problemática.

O enfermeiro assume o papel educativo e terapêutico procurando prestar “ (...) *cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, (...) á pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar, de grupo, ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde*” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, pág. 26,2009).

1.2 A Pessoa com Esquizofrenia

Desde a antiguidade existem descrições de quadros psicóticos, sugerindo o conhecimento da esquizofrenia neste período. A doença foi relatada por Hipócrates, Arateo da Capadócia e Galeno. Porém apenas no século XIX voltam a surgir descrições do fenómeno em que as pessoas jovens desenvolveram um quadro psicótico que evoluiu para a deterioração mental (BAHALS & ZACAR, 2006).

No século XX, Eugen Bleuler introduziu pela primeira vez a designação *Esquizofrenia*, pela qual a doença é hoje conhecida ainda hoje.

A palavra *Esquizofrenia* deriva do grego, e significa pensamento, tendo sido subdividida em quatro tipos: hebefrénica, catatónica, paranóide e simples. Considerava-se a recuperação parcial, os sintomas negativos e a desorganização do pensamento como fundamentais na doença e destacava-se a etiologia como possivelmente multicausal e a expressão clínica heterogénea (BAHALS & ZACAR, 2006).

Depois da introdução do conceito de esquizofrenia, foram avançadas muitas hipóteses para tentar determinar a etiopatogenia deste transtorno mental. As primeiras hipóteses

formuladas consideravam a existência de uma só causa na origem da esquizofrenia sendo hoje considerados demasiado reducionistas para explicarem a complexidade da doença.

Por este motivo as investigações sobre a etiopatogenia da esquizofrenia situam-se atualmente num quadro de modelo designado de vulnerabilidade à esquizofrenia. Neste tipo de abordagem, considera-se que o aparecimento de uma perturbação esquizofrénica é determinado por interações complexas entre diversos fatores (DALERY & D'AMATO, 2001).

Assim pode definir-se *Esquizofrenia* como sendo um transtorno cerebral neuro – evolutivo. Trata-se de uma perturbação mental grave, crónica, incapacitante, com início habitualmente, no final da adolescência ou no início da idade adulta, que se caracteriza por uma rutura do cliente com o mundo real, com alterações do pensamento e/ou da perceção, as quais consequente e frequentemente, conduzem a alterações no funcionamento social e laboral (AFONSO, 2010).

A esquizofrenia é uma das doenças mentais mais graves devido ser uma patologia incapacitante, crónica, encontrando-se identificada, praticamente em todo o mundo e atingindo todas as classes sociais e grupos étnicos.

A incidência anual da esquizofrenia varia de país para país, consoante os grupos migratórios, rondando os 15 indivíduos por cada 100 000 habitantes (AFONSO, 2010).

O quadro clínico da esquizofrenia é bastante diversificado e como tal, nem sempre identificável facilmente. Não existe nenhum sinal ou sintoma que, por si só, seja suficiente para chegar ao diagnóstico (AFONSO, 2010).

Ao falarmos do diagnóstico, da grande variedade de sintomas e características associadas à evolução da *Esquizofrenia* não podemos falar da existência de uma doença única.

Segundo o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV) os subtipos são: Tipo Paranóide; Tipo Desorganizado; Tipo Catatónico; Tipo Indiferenciado e Tipo Residual.

O *transtorno Esquizoafetivo* pertence ao espectro da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos, sendo caracterizado pela presença de alterações de humor que alternam ou ocorrem em simultâneo, com as alterações da percepção. Os sintomas afetivos podem ser característicos de um episódio maníaco, depressivo, ou de ambos. Desta forma a sua classificação encontra-se dividida em três subtipos, de acordo com o Manual de Diagnostico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV): *transtorno esquizoafetivo tipo maníaco, tipo depressivo e misto*. Afeta o humor, com sintomatologia igualmente característica da perturbação bipolar, bem como a cognição e percepção, com sintomatologia característica da esquizofrenia.

Assim, tal como na *Esquizofrenia* os sintomas podem ser interpretados como, sintomas positivos e negativos. Sendo que os sintomas positivos estão presentes com maior visibilidade na fase aguda da doença, caracterizados por atividade delirante, denominada de delírios, atividade alucinatória, denominada de alucinações, pensamento e afetos alterados, e alterações do comportamento.

Os sintomas negativos, caracterizam-se por um quadro em que prevalecem sintomas de abulia, anedonia, apatia, isolamento social, que acompanham a evolução da doença e refletem num estado deficitário a nível da motivação, das emoções, do discurso, do pensamento e das relações interpessoais (AFONSO, 2010).

Relativamente à evolução da doença, o período prodrómico é caracterizado, frequentemente, por deterioração no funcionamento pessoal que inclui a memória, problemas de concentração, comportamento, pensamento e comunicação, bem como o afeto, o isolamento social e a apatia. Este período pode durar semanas, meses, ou mesmo anos até que surjam os sintomas suficientes para se estabelecer um diagnóstico (AFONSO, 2010).

Este período que ocorre até ao primeiro contacto com os técnicos e a intervenção terapêutica pode ser fulcral no desenvolvimento da doença. Neste sentido, torna-se imperiosa a ação do enfermeiro no sentido de planear e implementar programas de educação para a saúde, com o objetivo específico de informar e a comunidade acerca

das características prodrómicas da esquizofrenia (RICARDO, MACHADO & ARAÚJO, 2008).

O período prodrómico é geralmente seguido por um episódio agudo (National Collaborating Center for Mental Health, 2010), em que a fase aguda é representada pelo início dos sintomas positivos, que pode também ocorrer quando o cliente sofre uma nova crise da doença. É a fase mais ativa da doença em que predomina a sintomatologia psicótica característica da esquizofrenia, sendo também caracterizada por difícil adesão ao tratamento.

A fase de estabilização surge logo após a fase aguda, com o controlo das alterações de comportamento e diminuição dos sintomas psicóticos. Nesta fase, os técnicos envolvidos no processo de tratamento devem colaborar no sentido de promover a adesão ao regime terapêutico (RICARDO, MACHADO & ARAÚJO, 2008).

A fase estável representa um período prolongado de tratamento e reabilitação. Os sintomas estão controlados e o objetivo é melhorar o funcionamento e a recuperação. Nesta fase a medicação torna-se essencial para a prevenção de novas recaídas.

O termo recaída geralmente refere-se ao agravamento ou regresso, de sintomas positivos seguidos de negativos, tendo a manutenção do tratamento farmacológico papel importante na prevenção de recaídas.

Segundo STUART & LARAIA (2001), as causas mais comuns de recaída relacionam-se, de algum modo, com a terapêutica. Os estudos mostram que sem a terapêutica, as pessoas com esquizofrenia apresentam uma taxa de recaída de 60% a 70%. Sendo a taxa de recaída dos clientes não medicados cerca de 10% por mês (AFONSO, 2010).

Este facto salienta a importância da adesão à terapêutica na prevenção de recaídas, na medida em que estas significam uma rutura com a vida quotidiana do cliente e consequente abandono das atividades laborais e sociais o que dificulta a sua integração na sociedade.

1.3 Fenómeno de Não Adesão ao Tratamento Farmacológico

O controlo da doença mental, pressupõe uma intervenção farmacológica, a qual assume um papel crucial, pois a falha na adesão ao tratamento farmacológico são determinantes para o prognóstico, aumentando significativamente a probabilidade de recaída.

As consequências das recaídas conduzem a situações de conflito familiar, aumentam o número de reinternamentos e consequentemente ao aumento da despesa do sistema de saúde (CARDOSO & GALERA 2006). Na maioria dos casos as recaídas conduzem a um aumento do tempo de recuperação, bem como, a uma resposta ao tratamento farmacológico menos eficaz.

No entanto, e á semelhança do que se verifica relativamente a pessoas com outras patologias crónicas, embora a medicação antipsicótica seja eficaz no tratamento da sintomatologia positiva e negativa da esquizofrenia, a sua manutenção, seja fundamental na prevenção do fenómeno de recaídas, a adesão á medicação é pobre (GRAY et al, 2010).

A importância da adesão ao tratamento farmacológico, é reforçada na medida em que está cientificamente comprovado que esta funciona como efeito neuroprotector, influenciando beneficemente, quer o prognóstico, quer a função cognitiva da pessoa doente, a longo prazo.

No entanto, precisamente pela *Esquizofrenia* e o *Transtorno Esquizoafetivo* se tratarem de doenças crónicas, á luz do que sucede noutras patologias crónicas, a adesão ao tratamento é menor. Há muito, que a literatura e a evidência revelam que os clientes apresentam uma baixa adesão a tratamentos que se prolongam no tempo, e que implicam alterações nas atividades de vida diárias, dos clientes.

Assim, o fenómeno de Não Adesão á Medicação na Pessoa com doença mental grave, pode ser definido como a cessação completa da medicação, pelo menos durante uma semana, sendo que a maioria dos clientes, cerca de 91%, que param a medicação mais de uma semana, mantêm-se sem a tomar até vivenciarem nova recaída (ZYGMENT et al, 2002).

E, cerca de 50% dos clientes que iniciam a medicação, desistem em menos de um ano, sendo que os restantes, desistem ao fim de dois anos (GRAY et al, 2010). Muitos ainda, tomam a medicação de forma irregular, por motivos de esquecimento, ou até mesmo, de forma voluntária.

Este comportamento de incumprimento está intimamente relacionado com a diminuição da sintomatologia e consequente aumento da sensação de bem-estar por parte do cliente. Bem como, com o processo de aceitação da doença. Desta forma, a pessoa com doença mental avalia as vantagens e desvantagens de aderir ao tratamento farmacológico, analisando os efeitos adversos da medicação e o maior ou menor alívio dos sintomas.

1.4 Entrevista Motivacional

A entrevista motivacional é um meio particular de ajudar a Pessoa a reconhecer e fazer algo, a respeito dos seus problemas, presentes ou potenciais. Decorre de uma abordagem centrada no cliente, promovendo explorar a sua própria ambivalência, e/ou resistência, potenciando a mudança de comportamento por parte do cliente. Desta forma a entrevista motivacional orienta o cliente a motivar-se para a mudança através da consciencialização da necessidade da mesma.

Assim, motivação pode ser definida como, a probabilidade de que uma pessoa entre, continue e adote uma estratégia de mudança específica (MILLER & ROLLNICK, 2001).

Na entrevista motivacional é respeitada e aceite a opção de escolha do cliente, sendo este responsável pela decisão quanto ao seu comportamento futuro.

Desta forma o papel do terapeuta centra-se em eliciar as preocupações do cliente, abordando a resistência de forma reflexiva, as metas de tratamento e as estratégias de mudança são negociadas entre cliente e terapeuta, sendo o envolvimento do cliente e a sua compreensão e aceitação das metas encarados como vitais.

Na entrevista motivacional o terapeuta direciona sistematicamente o cliente para a motivação para a mudança, oferece o *feedback* e sugestões quando for adequado, utiliza a reflexão empática seletivamente para reforçar processos, e explora a discrepância e ambivalência do cliente de modo a fomentar a auto motivação para a mudança.

A técnica utilizada é diretiva, projetada para facilitar a revisão e resolução das causas da ambivalência e resistência do cliente (MILLER & ROLLNICK, 2001).

Os princípios em que assenta a entrevista motivacional, são, desenvolver a discrepância, acompanhar a resistência, evitar a confrontação ou argumentação, promover afirmações auto motivacionais ou autoeficácia.

E as estratégias utilizadas pelo terapeuta é, fazer perguntas abertas, escutar ativa e reflexivamente, encorajar, resumir, expressar empatia, não ajuizar, eliciar afirmações auto motivacionais, aprofundar, olhar para trás, olhar para a frente e explorar metas (MILLER & ROLLNICK, 2001).

Têm sido adaptados elementos da entrevista motivacional em intervenções breves, revelando os estudos a utilidade dessas estratégias como eficazes.

Tendo como base o conceito de motivação como um estado de prontidão para mudar, VELASQUEZ & DICLEMENTE (2002) postularam que a mudança se faz através de um processo e para tal, o cliente passa por diferentes estádios, que ocorrem em um continuum de, pré contemplação, contemplação, pré ação ou determinação, ação, manutenção e recaída.

No primeiro estadio de pré contemplação, o cliente não considera a possibilidade de mudar. Não percebe qualquer tipo de problema que tenha que ser mudado. Quando questionado sobre o seu problema, mostra-se surpreso, por não ver o seu comportamento como um problema, ou pelo menos não acredita que seja tão problemático como os observadores externos o veem. Neste sentido o papel do

terapeuta é enfatizar sobre os riscos e problemas da sua conduta atual, e promover a dúvida e ambivalência por parte do cliente (MILLER & ROLLNICK, 2001).

No estadio de contemplação, o cliente tem a percepção de que o problema existe. O cliente encontra-se recetivo á informação e faz um balanço pesando as vantagens e desvantagens de efetuar a mudança, encontrando-se bastante ambivalente. Assim, o terapeuta deve evocar as razões pelas quais o cliente deve mudar o seu comportamento, apelar á identificação dos riscos existentes na ausência de mudança, e promover a autoeficácia do cliente para a mudança da conduta atual. Incentiva-lo a refletir nas desvantagens do comportamento atual e as vantagens da mudança de comportamento (MILLER & ROLLNICK, 2001).

Na fase de pré ação ou determinação, o terapeuta deve ajudar o cliente a definir o melhor percurso para colocar em ação a mudança, levando-o a questionar o que este necessita de fazer para mudar. Assim, deve explorar com o cliente as estratégias adequadas para proceder á mudança de comportamento (MILLER & ROLLNICK, 2001).

No quarto estágio, o de ação, o terapeuta deve encorajar e incentivar o cliente a dar os primeiros passos para a mudança, identificando com este as dificuldades, e estabelecendo estratégias de enfrentamento (MILLER & ROLLNICK, 2001).

O quinto estadio é o de manutenção e para o cliente estar neste estadio é necessário ter efetuado a mudança de comportamento. A principal meta neste estadio é o da prevenção da recaída, sendo que o terapeuta deve elogiar o cliente pelo sucesso da mudança de comportamento, e reforçando as estratégias de enfrentamento (MILLER & ROLLNICK, 2001).

No estadio de recaída, o terapeuta deve ajudar o cliente a renovar o processo de contemplação, determinação e ação.

Neste sentido, preconiza-se a utilização da entrevista motivacional como estratégia complementar nas intervenções promotoras de adesão á medicação, na medida em esta

visa sensibilizar e desenvolver a tomada de consciência por parte do cliente, da necessidade de proceder a uma mudança de comportamento.

Para tal, o terapeuta utiliza os princípios, técnicas e estratégias da entrevista motivacional.

1.5 Intervenções Promotoras de Adesão ao Tratamento Farmacológico

O enfermeiro desempenha um papel fundamental na criação e desenvolvimento de intervenções de adesão ao tratamento farmacológico, que sustentadas numa conceção holística e individualizada, se traduzam como as mais apropriadas ao projeto terapêutico do cliente (STUART & LARAIA, 2001).

É da responsabilidade do enfermeiro definir, organizar e coordenar as estratégias com vista a implementar um projeto terapêutico individualizado, munindo-se da relação terapêutica estabelecida com o cliente, como veículo privilegiado para desenvolver intervenções que se constituam seguras, efetivas e aceites pelo cliente. Para tal, o enfermeiro necessita reunir um vasto leque de competências, nas mais diversas vertentes, nomeadamente no conhecimento dos fatores que influenciam a adesão ao tratamento farmacológico.

Neste sentido, a generalidade dos estudos é consensual que, existem diversos fatores que influenciam a tomada de decisão do cliente, relativamente á adesão ou não da medicação.

Dos diversos fatores, o suporte, a informação, o envolvimento estabelecido entre o cliente e o profissional de saúde, bem como, a perceção dos benefícios da medicação, contribuem para o aumento da adesão á medicação (GRAY et al, 2010).

Desta forma, as intervenções a implementar de forma a minimizar esta problemática são complexas e multifacetadas, tornando difícil, a identificação objetiva dos elementos que contribuem para o sucesso e/ou insucesso das mesmas.

Em múltiplos estudos efetuados é consensual que o desenvolvimento de intervenções exclusivamente psicoeducativas são largamente insuficientes, pois pressupõe um papel passivo do cliente, relativamente á sua condição de saúde e de tomada de decisão no tratamento. DOLDER *et al* citado por PAZ & BENNESCAR (2007) realizaram uma revisão da literatura acerca das intervenções para melhorar a adesão nos clientes com esquizofrenia. Foram analisados vinte e três estudos que descreviam intervenções

educativas, comportamentais e motivacionais, ou a sua combinação. Em quinze verificou-se uma melhoria na adesão moderada. O recurso exclusivo a estratégias educativas registou uma menor melhoria na adesão. Por outro lado, a combinação da componente educativa com a componente comportamental e/ou motivacional, obteve maiores melhorias, acompanhadas de ganhos adicionais, tais como: redução das recaídas; reinternamentos; um maior conhecimento da terapêutica e um incremento da crítica relacionada com as necessidades de tratamento.

Considera-se então fundamental, a necessidade de desenvolver intervenções cognitivo comportamentais e/ou a entrevista motivacional, como aliadas das intervenções psicoeducativas na adesão à medicação na pessoa com doença mental grave, de modo a incorporar o cliente como agente ativo no seu tratamento, obtendo a sua colaboração e motivação para alteração de comportamentos e atitudes (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003).

Neste contexto a adesão ao tratamento é promovida e desenvolvida através da repetição, e modificação do comportamento. É decisivo provermos o cliente com indicações concretas, estratégias de resolução dos seus problemas, lembretes, estratégias de auto – controlo, sugestões, bem como, reforços positivos (ZYGMENT et al, 2002).

O objetivo é que o cliente aprenda com a sua experiência do passado ajudando-o a considerar os seus objetivos de vida, avaliando e refletindo no papel que a medicação desempenha para os conseguir alcançar.

Os programas de psicoeducação devem incluir informação sobre o tratamento, equacionar as vantagens e desvantagens de aderir ao tratamento, bem como, a elaboração de estratégias concretas para evitar o não cumprimento do mesmo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003). Sendo o enfermeiro o profissional de saúde que ocupa uma posição privilegiada desempenhando o papel educativo e terapêutico com o cliente, transmitindo informações complexas de modo a serem compreendidas, aceites e incorporadas pelo cliente (STUART & LARAIA, 2001).

Desta forma, diversos estudos revelam que as intervenções baseadas na entrevista motivacional são promissoras, tendo como tal, sido associadas às intervenções de

carater cognitivo comportamental, como promotoras de comportamentos de adesão ao regime terapêutico. Desta forma, GRAY et al (2010) preconiza o desenvolvimento de 5 exercícios chave na adesão á terapêutica:

- 1- Resolver o problema da medicação estruturada: o objetivo é desenvolver as capacidades do cliente em resolver problemas práticos como a medicação (os efeitos secundários, ou lembrar de tomar os comprimidos) para que eles possam seguir um esquema controlado.
- 2- Olhar para trás: Ajudar o cliente a rever experiencia passadas da doença e do tratamento, e refletir sobre os efeitos da terapêutica. O objetivo é ajudar o cliente a aprender com o passado para planear o futuro.
- 3- Explorar a ambivalência: considerando os aspetos “ bons e menos bons” de tomar os medicamentos, o objetivo deste exercício é ajudar os clientes a explorar, refletir, e considerar a sua natural incerteza em relação á toma da medicação antipsicótica.
- 4- Falar sobre crenças e preocupações: o objetivo é testar crenças do senso comum sobre a medicação.
- 5- Olhar para a frente: este exercício serve para ajudar o doente a considerar os seus objetivos de vida, e que a medicação lhe permite alcançar quer encontrando uma forma para desenvolve-los quer para alcança-los.

Neste contexto e enquanto enfermeira de saúde mental e psiquiátrica “ (...) promove a adesão ao tratamento em pessoas com perturbação ou doença mental, com particular preocupação na doença mental grave (...) ” (MODELO DE DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL, pág. 26, 2009), pretendo desenvolver intervenções que promovam e contribuam para a minimização desta problemática, pois para além de acarretar consequências para a pessoa doente e cuidador informal, nomeadamente diminuição progressiva e irreversível das funções cognitivas, rutura social, desajuste familiar, acarreta ainda custos financeiros elevados quer para o cuidador (es), quer para o Serviço Nacional de Saúde.

2 Metodologia

2.1 Caracterização da problemática de partida

Sustentada na pesquisa da literatura efetuada, baseada na evidência, e enquanto enfermeira em exercício profissional num serviço de internamento de psiquiatria e saúde mental, responsável pelos cuidados de enfermagem a um grupo de pessoas vulneráveis, confrontada com a inexistência de projetos específicos, estruturados e sistemáticos no serviço para fazer face a esta problemática atual e pertinente para a minha prática profissional. Aliado o potencial de contribuir na aquisição de novas competências de enfermeira especialista em saúde mental e psiquiátrica, decidi aproveitar a oportunidade que este estágio proporcionou, para investir tanto na minha formação como na promoção de intervenções que contribuem para fomentar a adesão ao tratamento farmacológico, na pessoa com doença mental grave. Neste sentido considerou-se que faria todo o sentido a implementação de um projeto de Intervenções Psicoterapêuticas de Adesão ao Tratamento Farmacológico na Pessoa com Doença Mental Grave.

2.2 Caracterização dos Participantes

Visto este percurso de prática clínica ser composto por dois momentos distintos que se complementam, contexto de internamento e contexto de comunidade, o programa foi desenvolvido em ambos os contextos de prática clínica.

Desta forma os participantes constituem dois grupos, sendo um grupo composto pelos clientes que se encontravam em regime de internamento no serviço de psiquiatria e saúde mental, em fase de crise aguda, do sexo masculino, com doença mental grave. E um grupo de participantes da equipa comunitária de saúde mental e psiquiatria, em regime de ambulatório, em fase de estabilização, com doença mental grave.

Em ambos os contextos clínicos, os participantes foram considerados como a Pessoa com doença mental grave, de acordo com os seguintes diagnósticos médicos: “Esquizofrenia”, “Transtorno Bipolar”, “Transtorno Delirante”, “Transtorno Depressivo Major”, “Transtorno Esquizoafetivo” e “Transtorno Psicótico SOE”.

E, apresentavam á luz da classificação dos diagnósticos de enfermagem (NIC): “Controlo Ineficaz do Regime Terapêutico” (MCCLOSWEY & BULECHEL, 2004).

Os critérios de inclusão definidos para os participantes do serviço de internamento (ANEXO I) contemplaram a avaliação da sua condição psicopatológica, na medida em que clientes apresentando comportamento de agitação psicomotora intensa presente, e/ou pensamento distorcido com atividade delirante intensa presente, não reuniam critérios para participar no programa. Neste contexto, no serviço de internamento foi possível desenvolver dois programas de intervenções.

Em contexto comunitário, os critérios de inclusão (ANEXO II), contemplaram a capacidade de autonomia dos participantes, para se deslocarem semanalmente á equipa comunitária, onde se realizaram as intervenções. Neste contexto de prática clinica foi realizado um programa de intervenções.

O número de participantes com os quais se desenvolveu o programa de intervenções nos dois contextos de prática clinica, foi definido, tendo em conta vários aspetos, nomeadamente a natureza e objetivos das intervenções, bem como a duração do estágio de prática clinica e sua exequibilidade.

Desta forma, no serviço de internamento foram realizadas intervenções a um grupo de vinte e três (23) clientes. Destes, com sete (7) clientes foram realizadas sessões individuais e sessões em grupo, aberto. Com os restantes dezasseis (16) clientes, foram realizadas sessões em grupo aberto.

Em contexto comunitário foram realizadas intervenções a um grupo de três (3) clientes, com os quais foram realizadas sessões individuais e sessões em grupo aberto.

Atendendo á natureza e objetivos das sessões em grupo aberto, estabeleceu-se um número mínimo de participantes de quatro, sendo o número máximo de participantes, de doze elementos.

2.3 Instrumentos e Técnicas utilizadas

Com base na pesquisa de literatura efetuada, tendo em conta os fatores que influenciam a adesão terapêutica e as intervenções que apresentam resultados mais promissores com vista à promoção de comportamentos de adesão ao tratamento farmacológico na pessoa com doença mental grave, foi concebido o programa de intervenções.

As intervenções que compõem o programa respeitam uma determinada ordem e sequência lógica, não sendo passível de ser alterada.

Assim, o programa de intervenções assenta numa conceção humanista da Pessoa, num modelo de intervenção e orientação essencialmente cognitivo comportamental, suportado nos princípios e técnicas da entrevista motivacional e de resolução de problemas, com vista à promoção de comportamentos de adesão à medicação na pessoa com doença mental grave.

Neste contexto o programa é composto por duas intervenções, distintas, sequenciais e que se complementam.

A primeira intervenção é constituída tendo em conta a classificação das intervenções de enfermagem (NIC): “ Terapia Comportamental 4360, Intervenções para reforçar ou promover comportamentos desejáveis ou alteração de comportamentos indesejáveis” (MCCLOSWEY & BULECHEL, 2004).

Caracteriza-se como intervenção breve, individual, formal, estruturada, utilizando os princípios e técnicas da entrevista motivacional, contemplando três dos exercícios chave preconizados na abordagem de adesão à terapêutica (GRAY et al 2010), obedecendo a uma estrutura que se constitui como fio condutor das restantes sessões, bem como, da segunda intervenção.

As técnicas utilizadas consistem nas técnicas de entrevista motivacional, formal, individual, semiestruturada, e diretiva.

Os princípios utilizados são igualmente os utilizados na entrevista motivacional, dos quais fazem parte: expressar empatia, evitar a confrontação ou argumentação, acompanhar a resistência do cliente, explorar a ambivalência, e promover afirmações automotivacionais.

As estratégias utilizadas consistem igualmente nas utilizadas nas entrevistas motivacionais, sendo desta forma, realizar perguntas abertas, escutar ativa e reflexivamente, encorajar, resumir, eliciar afirmações automotivacionais, aprofundar, olhar para trás, olhar para a frente e explorar metas.

Assim, da primeira intervenção fazem parte uma entrevista de acolhimento e quatro entrevistas motivacionais, distintas, sequenciais que se complementam, com os seguintes objetivos gerais:

Entrevista Acolhimento

- ✓ Obter a participação e colaboração do cliente no programa de intervenções, avaliar quantitativamente a atitude para com a medicação identificar o estadió de prontidão para a mudança em que o cliente se encontra (ANEXO III).

Entrevista Motivacional

- ✓ **1ª Sessão:** Explorar objetivos futuros do cliente. Desta forma pretende-se promover a verbalização de sentimentos e expectativas do cliente relativamente a objetivos pessoais futuros (ANEXO IV).
- ✓ **2ª Sessão:** Evidenciar a discrepância entre o comportamento passado e atual do cliente, e a concretização dos seus objetivos futuros (ANEXO V).
- ✓ **3ª Sessão:** Estabelecer relação entre tratamento para a doença e a concretização dos objetivos pessoais do cliente (ANEXO VI).
- ✓ **4ª Sessão:** Evidenciar a importância do comportamento de adesão ao regime terapêutico como catalisador da realização dos seus objetivos e encerrar a primeira intervenção (ANEXO VII).

A segunda intervenção é constituída tendo em conta a classificação das intervenções de enfermagem (NIC): “ Terapia de Grupo 5450, Aplicação de técnicas psicoterapêuticas a

um grupo, inclusive a utilização de interações entre os seus membros” bem como, “Ensino: Medicação Prescrita 5616: Preparo de um paciente para, com segurança, tomar os medicamentos prescritos e monitorar seus efeitos” (MCCLOSWEY & BULECHEL, 2004).

Caracteriza-se por duas sessões educativas, realizadas em contexto de dinâmicas de grupo aberto, preconizando dois dos exercícios chave na adesão á terapêutica (GRAY et al, 2010), com os seguintes objetivos gerais:

- ✓ **1ª Sessão Educativa “ Importância da Medicação”:** Fornecer informação adequada aos clientes sobre o tratamento farmacológico e reforçar a importância do cumprimento terapêutico (ANEXO VIII).
- ✓ **2ª Sessão Educativa “Gestão da Medicação”:** Promover a adoção de estratégias por parte dos clientes que contribuam para a gestão adequada e regular do regime terapêutico (ANEXO IX).

Em ambas as sessões educativas se desenvolve a atividade pedagógica de grupo e correção.

Em ambas foram utilizadas as técnicas de diálogo, debate, interrogatório, argumentação e explicação.

Sendo que a primeira sessão se desenrola partindo da utilização da técnica expressiva, e recorrendo ao método ativo por meio de atividade expressiva de desenho. Na segunda sessão recorre-se á técnica e método ativo de jogo.

De modo a proceder á avaliação das intervenções, esta realizou-se baseada em dois eixos: quantitativo, através da quantificação dos objetivos clínicos e qualitativo, através da satisfação dos participantes.

Para proceder á avaliação quantitativa dos objetivos clínicos, foi implementado o “Inventário de Atitudes para com a Medicação” (IAM) de HOGAN et al, 1983 (ANEXO X). Este inventário avalia uma ampla gama de atitudes e crenças acerca da terapêutica que são preditivas da adesão, ou não, da terapêutica, para além de servir como meio de avaliação das intervenções. É um inventário dicotómico de autoavaliação de verdadeiro ou falso. Proporciona uma pontuação total que se obtêm somando a pontuação dos dez

itens, nomeadamente. “Para mim os aspetos positivos da medicação superaram os aspetos negativos; tomo a medicação por minha decisão; só tomo a medicação quando me sinto doente”, entre outros.

Aos itens 1,3,4,7,9, e 10 as respostas verdadeiras correspondem dois pontos, e às respostas falsas corresponde um ponto. Aos restantes itens: 2, 5, 6 e 8, às respostas verdadeiro corresponde a atribuição de um ponto, e às respostas falsas corresponde o valor de dois pontos. Deste modo a pontuação da escala varia entre um valor mínimo de dez pontos, que traduz uma baixa atitude para com a medicação e os vinte pontos, a que corresponde a pontuação máxima, de atitude para com a medicação.

A avaliação qualitativa das intervenções foi sendo realizada ao longo do desenvolvimento das intervenções, e no final das mesmas, através das apreciações orais efetuadas pelos clientes, sugeridas por mim, recorrendo á técnica de entrevista, utilizando o método interrogativo. Neste sentido foram elaboradas as seguintes questões: que apreciação faz das intervenções desenvolvidas, se contribuíram para o seu projeto terapêutico de recuperação, em caso afirmativo em que medida, e sugestões.

2.4 Procedimentos

Para poder iniciar a primeira intervenção, procedi á seleção dos elementos participantes, através da consulta dos processos clínicos, da recolha e partilha de informação junto da equipa, bem como, através de entrevista.

Selecionei o local onde decorreriam as duas intervenções, optando por um espaço que fosse amplo, acolhedor, com luminosidade natural, e que permitisse o isolamento acústico e sonoro adequado á realização das intervenções, bem como razoavelmente distanciado dos gabinetes, diminuindo desta forma a probabilidade de interrupções durante as intervenções, nomeadamente por parte de outros clientes, ou técnicos.

Desta forma prossegui dando início á realização da primeira intervenção através da entrevista de acolhimento.

Nas **Entrevistas de Acolhimento**, procedi á minha apresentação bem como á da minha orientadora de estágio. Informei o cliente da intencionalidade, conteúdo, objetivos,

periodicidade e duração das intervenções a desenvolver. Procedi á exposição da pertinência dos conteúdos desenvolvidos como contributos vantajosos no seu processo terapêutico de recuperação. Esclareci dúvidas, solicitei a sua disponibilidade para participar nas intervenções, foi obtido o consentimento informado verbal por parte do cliente obtendo a sua participação e colaboração no desenvolvimento das intervenções. Identifiquei o estadio de prontidão para a mudança em que o cliente se encontrava, e posteriormente avaliei quantitativamente a atitude para com a medicação do cliente através do IAM. Realizei síntese da sessão e informei o cliente da data, hora, local, objetivo e conteúdo da próxima entrevista, entrevista motivacional, 1ª Sessão.

Na **1ª Sessão**, promovi a reflexão e verbalização dos objetivos pessoais futuros dos clientes, reforçando positivamente a sua possível concretização. Incentivei os clientes a considerar que a medicação é fundamental para conseguirem alcançar e desenvolver os objetivos a que se propõem. Visto na generalidade os clientes se encontrarem no estadio de prontidão para a mudança - contemplação, a minha intervenção consistiu essencialmente em evocar as razões pelas quais os clientes deveriam mudar o seu comportamento, apelando a que estes procedam á identificação dos riscos existentes perante a ausência de mudança de comportamento, promovendo a reflexão para a importância da mudança da conduta atual com vista a alcançar os objetivos a que se propõem. Foram igualmente exploradas as estratégias necessárias a implementar com vista á concretização dos seus objetivos. Realizei síntese da sessão e informei os clientes da data, hora, local, objetivos e conteúdo da 2ª sessão.

Na **2ª Sessão**, estimulei a reflexão por parte dos clientes do seu comportamento passado/ atual, nos motivos desencadeantes do atual internamento, potenciando a verbalização dos projetos pessoais futuros estabelecidos pelos clientes e incentivando-os a refletir na discrepância existente entre a concretização dos seus objetivos e o seu comportamento atual. Enfatizado o papel fundamental da adesão ao regime terapêutico como fator imprescindível para a concretização desses mesmos objetivos. Esclareci dúvidas e questões colocadas pelos mesmos. Realizei síntese da sessão e informei os clientes da data, hora, local, objetivo e conteúdo da 3ª sessão.

Na **3ª Sessão**, promovi a reflexão autocritica dos clientes, recordando com estes os seus projetos pessoais futuros; as estratégias necessárias a implementar com vista á concretização dos objetivos estabelecidos; equacionando as vantagens/desvantagens de adesão ao regime terapêutico bem como promovendo a reflexão sobre os efeitos da medicação versus a concretização dos seus objetivos. Incentivei a reflexão das desvantagens do comportamento atual e as vantagens da mudança de comportamento, tentando desta forma promover a ambivalência dos clientes através da sua reflexão autocritica.

Esclareci dúvidas e questões colocadas. Realizei síntese da sessão e informei os clientes da data, hora, local, objetivo e conteúdo da 4ª sessão.

Na **4ª Sessão**, explorei e enfatizei a importância da mudança de comportamento por parte dos clientes com vista a alcançar os seus objetivos, e encerrei o processo de intervenção através das entrevistas motivacionais. Promovi a verbalização de sentimentos por parte dos clientes acerca deste processo de intervenção, esclareci as questões verbalizadas pelos clientes, solicitei a sua apreciação acerca da intervenção realizada através da avaliação qualitativa da mesma. Reforcei a importância para o seu projeto terapêutico da sua participação na segunda intervenção, encerrando a intervenção com a aplicação do IAM aos clientes, e realização de síntese. Informei os clientes da data, hora, local, objetivo e conteúdo da primeira sessão educativa.

Com o intuito de desenvolver a segunda intervenção, constituída pelas duas sessões educativas de grupo aberto, procedi á seleção dos elementos participantes, através da consulta dos processos clínicos, da recolha e partilha de informação junto da equipa, bem como, através de entrevista.

Foram realizadas as **Entrevistas de Acolhimento** aos clientes que não tinham participado na primeira intervenção, utilizando uma versão modificada, adaptada às sessões educativas. Deste modo, procedi á minha apresentação bem como á da orientadora de estágio. Informei os clientes da intencionalidade, objetivos, conteúdo, pertinência, periodicidade e duração das sessões. Enfatizei a relevância da participação

dos mesmos, na medida em que os conteúdos abordados se apresentavam como vantajosos e benéficos nos seus processos terapêutico de recuperação. Esclareci dúvidas, solicitei a disponibilidade dos clientes para participar nas sessões educativas, foi obtido o consentimento informado verbal por parte dos clientes, obtendo a sua participação e colaboração. Realizei síntese da entrevista e informei os clientes da data, hora, local, reforçando o objetivo e conteúdos da próxima sessão, a primeira sessão educativa.

A **1ª Sessão Educativa “ Importância da Medicação”**, iniciou-se com a apresentação pessoal da orientadora e coorientadora aos clientes, sendo comunicado aos mesmos os objetivos, conteúdos da sessão e duração estimada da sessão. Coloquei o CD de música relaxante a tocar no aparelho de áudio, e a cada participante foram fornecidas duas (2) folhas lisas brancas, de tamanho A4. Sugeri a realização da atividade pedagógica de grupo, recorrendo á técnica expressiva, utilizando o desenho e dividi-a em dois momentos. No primeiro momento os participantes foram convidados a expressar através de desenho “ Como me sinto quando não tomo a medicação”, e no segundo momento “ Como me sinto quando tomo a medicação”, retratando os seus sentimentos e emoções referentes a estas fases distintas.

Para tal, foram colocados á sua disposição canetas de feltro, lápis de cor e lápis de cera, de diversas cores. Informei ainda que esta atividade tinha uma duração média prevista de quinze (15) minutos.

Apos a atividade expressiva foi sugerido a cada um dos participantes que ordenada e individualmente, partilhasse verbalmente com /e para o grupo o que havia elaborado, interpretando os desenhos á luz dos sentimentos e emoções que daí advinham. Foram valorizados e reforçados os contributos dos clientes numa perspetiva de base construtiva, estimulada a partilha de grupo, respeitadas as suas crenças e valores, devolvidas questões para debate em grupo, bem como, elaboradas sínteses relativamente ao conteúdo verbalizado por cada participante.

De seguida, procedi á realização da síntese das conclusões retiradas durante a sessão, realçando e enfatizando os contributos do cumprimento terapêutico identificados e verbalizados pelos participantes. Encerrei a intervenção, informei da data e hora da

próxima sessão e reforcei o compromisso de participação dos clientes na próxima sessão.

A **2ª Sessão Educativa “ Gestão da Medicação”**, iniciou-se com a apresentação pessoal da orientadora e coorientadora ao grupo. Comuniquei verbalmente aos clientes em que consistia a sessão, os objetivos, e a duração prevista da mesma. No centro da mesa, coloquei a garrafa de material plástico, fechada com os cartões tópicos no seu interior, que serviam de mote para o desenvolvimento da sessão. Expliquei aos participantes a dinâmica do jogo. Cada um dos clientes, girava a garrafa, até esta parar. O cliente para o qual estava direcionado o gargalo da garrafa, abria a mesma, retirava aleatoriamente um cartão com as “estratégias tópico”, lia em voz alta, e em grupo, refletia-se, debatia-se e partilhava-se a estratégia referida, solicitando participação voluntária de um elemento com o objetivo de iniciar a atividade. Após a leitura de cada cartão tópico, solicitava a verbalização e partilha para e com o grupo, da interpretação, reflexão e análise da referida estratégia. Foram valorizados, explorados e reforçados os contributos dos clientes numa perspetiva de base construtiva, estimulada a partilha de grupo, respeitadas as suas crenças e valores, devolvidas questões para debate em grupo, reformuladas análises dos clientes, bem como, elaboradas sínteses relativamente ao conteúdo verbalizado por cada cliente.

Desta forma promovi a partilha de experiências, o “empoderamento” dos clientes através da sua intervenção ativa, participativa e reflexiva. Forneci aos clientes informação sobre a adoção das estratégias identificadas, identifiquei e sugeri a adoção de estratégias alternativas adaptadas às rotinas de vida quotidiana de cada participante, de modo a promover o cumprimento do regime terapêutico. Explorei com os clientes diversas estratégias que promovem o cumprimento terapêutico nomeadamente o uso de lembretes, notas associadas, calendários, nº reduzido de tomas, horário das tomas, consulta médica e de enfermagem, look back, vantagens da medicação entre outras. Esclareci dúvidas e questões relativamente à medicação e promovi a reflexão dos clientes para as vantagens de adesão ao regime terapêutico.

Procedi à síntese das conclusões retiradas durante a intervenção e encerrei a sessão.

3 Desenvolvimento de competências e intervenções realizadas

3.1 Apresentação e análise dos resultados

Para dar início à implementação e desenvolvimento das intervenções, tal como referido anteriormente, procedi à seleção dos elementos participantes. Relativamente aos clientes internados no serviço de internamento, poucos reuniam os critérios de inclusão, tal justificando-se pela reduzida taxa de ocupação do serviço à data da prática clínica, bem como, pelo facto de apenas um número relativamente reduzido de clientes reunirem os critérios de inclusão, na medida em que a maioria dos clientes ainda se encontravam em fase de agudização intensa da sua doença. Não obstante este facto, foi possível seleccionar um total de sete (7) participantes, para a realização da primeira intervenção.

No que respeita ao contexto comunitário, na medida em que estava a decorrer uma reestruturação da respetiva equipa para outra instituição de saúde público privada (que não se consumou), existia um número razoável de clientes que haviam sido transferidos, pelo que foi possível desenvolver o programa com um grupo de três (3) clientes.

Os participantes apresentavam os seguintes diagnósticos médicos: “Esquizofrenia”, “Esquizofrenia Tipo Paranoide”, “Transtorno Esquizoafetivo” e “Psicose SOE”.

De acordo com o planeamento efetuado, as intervenções decorreram num espaço com as características contempladas na fase de planeamento.

Assim, iniciei a primeira intervenção com as entrevistas de acolhimento.

3.1.1 Entrevistas de Acolhimento

Após o procedimento inicial de apresentação, introduzi a temática da intervenção, explicando aos participantes o contexto da mesma, os objetivos da intervenção, em que consistia, conteúdos abordados, enfatizando a relevância da sua participação na mesma como contributo da sua recuperação. Informei do carácter voluntário da mesma, sendo respeitada a sua tomada de decisão, salvaguardando os princípios éticos de autonomia,

não maleficência, respeitando as suas crenças e valores e ressaltando a sua capacidade de decisão quanto à participação ou não, nas mesmas.

Esclareci as dúvidas e questões dos participantes, as quais se centraram em “ ... enfermeira, as entrevistas condicionam a minha alta? Porque se for, não quero” (sic). Após ficar definido para os clientes que a sua participação na intervenção não condicionava a alta clínica, todos os elementos selecionados, aceitaram participar, fornecendo o seu consentimento informado verbal. Revelando disponibilidade em participar mas em simultâneo com uma postura física de alguma apreensão relativamente ao programa proposto. Perante este facto utilizei uma postura tranquilizadora, utilizando o toque terapêutico e reforçando o carácter benéfico da intervenção.

De seguida introduzi a temática referente à medicação, questionando os clientes acerca do fator stressor que despoletou o internamento;” qual considerava ser o motivo do internamento, se à data do internamento se encontrava a cumprir o regime terapêutico, e se na sua opinião considerava o tratamento farmacológico como benéfico para si, ou não”.

As respostas dos clientes permitiram-me identificar o estadio de prontidão para a mudança em que se encontravam.

Os participantes do serviço de internamento encontravam-se no estadio de contemplação, sendo que os clientes do regime de ambulatório encontravam no estadio de manutenção. A partir daqui poderia então individualizar e direccionar as entrevistas motivacionais de acordo com os estadios identificados.

De seguida solicitei aos participantes que preenchessem o IAM, explicando previamente em que consistia, e mostrando-me disponível para esclarecer qualquer questão e/ou dúvida. Encerrei as entrevistas agendando com cada cliente a data, hora e conteúdo da próxima entrevista: 1ª entrevista motivacional.

Relativamente ao contexto comunitário, tinha presente um sentimento de apreensão em relação à disponibilidade e motivação dos clientes para integrarem o programa de intervenções, justificando-se pelo facto de estes funcionarem sob o modelo de terapeuta de referência. No entanto, a receção, disponibilidade e motivação para participarem e

incorporarem o grupo de intervenções foi significativamente positivo. O mesmo verificando-se com os clientes do serviço de internamento.

Entrevista Motivacional

3.1.2 1ª Sessão

As entrevistas decorreram de acordo com o planeamento efetuado previamente. Foi notória a disponibilidade e motivação dos clientes para desenvolver a entrevista. Na generalidade apresentaram-se com contacto afável, fâcies aberto, menos apreensivos que nas entrevistas de acolhimento, mas com uma postura expectante. Após nos sentarmos, iniciei a entrevista perguntando “ como se sente”, “como está a decorrer o seu dia”. Posteriormente introduzi o objetivo principal da entrevista, questionando sobre quais eram os seus objetivos futuros. Na generalidade os participantes verbalizaram objetivos concretos, realistas, e passíveis de serem concretizados. A maioria selecionou três objetivos que gostaria de concretizar. Nesta fase, direcionei então a entrevista para as estratégias que equacionavam como sendo possíveis de adotar de modo a atingirem os objetivos que se propunham, explorando com os mesmos as estratégias e pontualmente sugerindo outras alternativas. Procedi á escuta ativa e reflexiva conduzindo os clientes a refletirem e analisarem o percurso a adotar; encorajei – os a planear as estratégias encontradas e aprofundei as estratégias possíveis. Encerrei as entrevistas agendando com o cliente a data, hora e conteúdo da próxima entrevista: 2ª entrevista motivacional.

Com um dos clientes emergiu a necessidade reduzir o número de objetivos que o cliente identificou, de modo a potenciar uma definição de objetivos mais realista e mensurável. Com os clientes do serviço de internamento foi necessário da minha parte adquirir uma postura de maior estruturação e objetividade, comparativamente com os clientes da comunidade.

Foi evidente a divergência de objetivos do grupo de clientes do serviço de internamento comparativamente com os clientes da equipa comunitária. Os clientes da equipa comunitária centraram os seus objetivos no desenvolvimento de competências sociais e atividades de laser.

No início da sessão, senti um certo receio enquanto enfermeira sem experiência prévia na condução e realização de uma entrevista motivacional, de não me munir de todas as técnicas da intervenção motivacional. Confrontada com algumas dificuldades iniciais as quais procurei ultrapassar através da realização de reuniões com os orientadores clínicos, que se revelaram bastante enriquecedoras pelo seu cariz reflexivo a partir das práticas. Procedi regularmente á pesquisa de literatura, com o objetivo de consolidar os conhecimentos e desta forma potenciar a minha segurança e autoconfiança. Com o decorrer do desenvolvimento das entrevistas, o sentimento de insegurança presente nesta fase, foi diminuindo progressivamente.

3.1.3 2ª Sessão

Atendendo á temática desta entrevista, inicialmente senti algum receio do efeito de confrontação no sentido de que este pudesse colocar em causa a relação terapêutica ou mesmo, prejudicar o estadio de prontidão para a mudança do cliente, potenciando um retrocesso do mesmo.

Solicitei a cada cliente que recordasse verbalmente os objetivos que havia identificado na entrevista anterior. De seguida utilizando a técnica retrospectiva, solicitei aos clientes que definissem as estratégias que haviam identificado e selecionado, na sessão anterior para atingir esses mesmos objetivos. Como a generalidade dos clientes referiu que á data anterior do internamento se encontravam a desenvolver as referidas estratégias, ou pelo menos encontravam-se na fase de planeamento, explorei a partir dessa questão o motivo que impossibilitou a implementação das mesmas. Na generalidade os clientes referiram que “ ... foi o internamento... ” (sic). Desta forma, explorei então a discrepância entre o comportamento passado e atual, e a concretização dos objetivos futuros. As entrevistas fluíram, evitando deste modo a utilização de uma postura de confrontação direta.

A minha postura como terapeuta incidiu como promotor da reflexão e análise dos clientes perante os seus comportamentos passados e trajeto de vida resultantes, explorando desta forma a sua ambivalência através da reflexão autocrítica.

Na globalidade os clientes revelaram elevada capacidade de *insight* perante os seus comportamentos passados e atuais, as consequências nefastas para si e para a sua família, sendo identificadas expressões auto motivacionais, que reforcei positivamente.

Encerrei as entrevistas agendando com os clientes a data, hora e conteúdo da próxima entrevista motivacional, 3ª sessão.

Assim, o sentimento de receio que vivenciei ao realizar esta sessão com o primeiro cliente revelou-se infundado, o que contribuiu para a adoção de uma postura menos tensa e mais confiante enquanto terapeuta, no decorrer da realização da mesma sessão, com os outros clientes.

3.1.4 3ª Sessão

Esta entrevista incidiu essencialmente no reforço da importância do cumprimento do regime terapêutico, apelando à técnica de retrospeção (*look back*).

Como resultado de um caminho iniciado anteriormente, em que a generalidade dos clientes revelou *insight* e crítica para a dualidade entre o abandono da medicação e a necessidade de internamento. Bem como a clivagem entre a concretização dos seus objetivos pessoais, o seu comportamento e a interferência deste em todas as vertentes da sua esfera de vida. Nesta entrevista consegui dar especial ênfase à associação entre a adesão ao regime terapêutico e o cumprimento dos seus objetivos de vida, havendo uma aceitação, consciência e reconhecimento generalizado desta realidade por parte dos clientes.

Com um dos clientes foi necessário proceder a um ajuste nesta intervenção na medida em que o seu projeto terapêutico definiu-se no sentido de integrar uma residência de vida apoiada, e neste sentido, o cumprimento do regime terapêutico não ficava à sua inteira responsabilidade, ao que o cliente adotou uma postura de desresponsabilização. A entrevista foi direcionada para a necessidade de este também se responsabilizar e ser autónomo nesta atividade. O cliente encontrava-se mais motivado para esclarecer as suas dúvidas em termos da residência que lhe era desconhecida, do que em direcionar – se para a questão do cumprimento terapêutico. Assim, e visto estar atenta e desperta para o cliente e suas necessidades procedi a um ajuste, estendendo o tempo de duração da entrevista, tentando incluir na entrevista o esclarecimento das suas dúvidas, mas não me dispersando do objetivo da entrevista.

Relativamente aos clientes em regime de comunidade, a entrevista foi adaptada na medida em que os seus objetivos centravam-se na realização de atividades sociais e de lazer, sendo a entrevista com estes clientes direcionada para a importância do

cumprimento terapêutico no alívio da sintomatologia negativa da doença, potenciando desta forma uma maior motivação para desenvolverem as atividades a que se propunham.

Encerrei as entrevistas agendando com os clientes a data, hora e conteúdo da próxima entrevista motivacional, 4ª sessão.

No final da realização desta 3ª sessão de entrevistas, senti que tinha conseguido desenvolver habilidades da entrevista motivacional, especialmente reconhecer e reforçar a necessidade de mudança por parte do cliente, sem contudo adotar uma postura confrontadora e demasiado diretiva. Bem como, efetuar perguntas abertas promovendo a reflexão autocrítica, de forma relativamente simples, bem como através da elaboração de sínteses orais dos clientes.

3.1.5 4ª Sessão

Ao longo do desenvolvimento e realização das entrevistas motivacionais, foi notório o gradual envolvimento e motivação manifesta pelos clientes.

Nesta altura o sentimento e postura de alguma apreensão por parte dos clientes eram inexistentes. Ao invés, os clientes do serviço de internamento, questionavam-me sobre a possibilidade de anteciparmos as entrevistas, e os clientes da comunidade, mantinham a assiduidade, pontualidade e motivação nas sessões.

A relação terapêutica encontrava-se sedimentada, existindo um contacto afável, com fácies aberto, e uma postura descontraída por parte dos clientes, não descurando a relação terapêutica estabelecida.

Esta última sessão de entrevistas motivacionais, funcionou como uma síntese e reforço das conclusões retiradas ao longo das sessões anteriores, incidindo na importância, benefícios e vantagens da adesão ao regime terapêutico.

Aos clientes em fase aguda, reforcei a importância do cumprimento terapêutico como um meio para alcançarem e desenvolverem os objetivos delineados, o qual implicava uma mudança de comportamento.

Aos clientes que se encontravam em fase de estabilização, reforcei a importância da manutenção da adesão ao regime terapêutico no alívio da sintomatologia, especialmente negativa.

Desta forma promovi que os clientes considerassem a adesão ao regime terapêutico como benéfico e vantajoso para a concretização dos seus objetivos.

De seguida solicitei aos clientes que se encontravam em regime de internamento, que realizassem uma apreciação sobre as sessões desenvolvidas, procedendo á avaliação qualitativa da intervenção.

Foi consensual a importância da realização das entrevistas, tendo os clientes verbalizado expressões como “...foi bom porque foi um espaço de reflexão... permitiu que pensasse em coisas que não penso...”; “... desta vez não vou deixar de tomar a medicação...já percebi que não posso deixar de tomar a medicação senão acontece o mesmo...”.

Seguidamente foi aplicado o IAM, e encerrada a primeira intervenção.

As reflexões e análises realizadas ao longo das entrevistas motivacionais permitiram a tomada de consciência dos participantes da necessidade de aderir ao regime terapêutico como forma de alcançarem os seus objetivos, e evitarem as recaídas.

No serviço de internamento, emergiu a necessidade de eu adquirir uma postura mais assertiva e organizadora no decorrer das sessões, uma vez que com relativa facilidade os clientes se dispersavam da temática inicial. Também os défices de atenção, concentração e capacidade de memória, revelados por alguns participantes, fomentaram a necessidade do desenvolvimento de uma postura mais diretiva da minha parte.

A realização de sínteses parciais orais, pelos próprios clientes, por mim sugeridas, bem como a utilização da técnica retrospectiva, revelaram-se como contributos positivos e fomentadores de uma melhor capacidade de retenção da informação, potenciando a estruturação de ideias, análise e reflexão, contribuindo para uma menor dispersão de ideias por parte dos mesmos.

3.1.6 1ª Sessão Educativa “ Importância da Medicação”

Para dar início à implementação e desenvolvimento da segunda intervenção, procedi à seleção dos elementos participantes.

De acordo com os critérios de inclusão definidos, foi possível selecionar um total de doze participantes para integrarem cada sessão educativa, em ambos os contextos de prática clínica.

Os participantes apresentavam como diagnóstico: “Esquizofrenia”, “Esquizofrenia Tipo Paranoide” e “Transtorno Esquizoafetivo”.

Aos elementos que não participaram na primeira intervenção, foi realizada a entrevista de acolhimento modificada, de acordo com o planeamento previamente definido.

Iniciei a sessão com a apresentação de todos os elementos participantes, incluindo orientadora, coorientadora, e clientes.

Elucidei os participantes acerca dos objetivos, conteúdo, atividades e duração prevista da sessão. Perguntei aos participantes se tinham alguma dúvida, e prossegui após ter esclarecido as suas questões.

Coloquei no centro da mesa o material para a realização da atividade expressiva de desenho, distribuí duas (2) folhas brancas, lisas, tamanho A4, a cada participante, expliquei aos participantes que a atividade expressiva pressuponha uma duração de quinze (15) minutos, sendo dividida em dois momentos, conforme o delineado previamente. No primeiro momento os participantes foram convidados a expressar através de desenho “ Como me sinto quando não tomo a medicação”, e no segundo momento “ Como me sinto quando tomo a medicação”, retratando os seus sentimentos e emoções referentes a estas duas fases distintas.

Os participantes iniciaram a atividade expressiva revelando uma postura de concentração e interesse.

Três participantes ainda não haviam terminado o seu desenho dentro do tempo estimado, pelo que prolonguei a atividade mais cinco (5) minutos.

Quando os participantes terminaram a atividade expressiva (ANEXO XII), solicitei que individual e voluntariamente, partilhassem com o grupo o que cada um realizara, à luz dos sentimentos, emoções e pensamentos que a atividade tinha suscitado. Efetivamente foi notória a clareza com que os participantes através dos seus desenhos, expressaram o que sentem quando tomam e quando, não tomam a medicação.

A sessão decorreu de forma organizada, e sendo patente a capacidade de auto crítica dos clientes na globalidade, face á necessidade de cumprimento do regime terapêutico, no sentido de minimizar os sintomas decorrentes da sua doença.

Durante o desenvolvimento da sessão foram realçados os contributos individuais de cada participante, enfatizados os aspetos construtivos verbalizados e partilhados pelos mesmos, reformuladas questões, devolvidas ao grupo, esclarecidas duvida e questões. Desta forma explorei e enfatizei a importância e benefícios da medicação como potenciadora de sentimentos de bem-estar, conforto, organização e estruturação.

A partir das questões colocadas pelos participantes, foi igualmente possível elucidá-los sobre o tratamento psicofarmacológico, corrigindo algumas concepções erradas, desmistificando crenças, elucidando sobre o grupo farmacológico a que pertencem, promovendo a associação entre o tratamento farmacológico e a diminuição da prevalência da sintomatologia positiva, que um dos participantes referiu como "... as vozes... quando não tomo a medicação começo a ficar mais confuso... as ideias vem sem parar... e ouço vozes" (sic).

Após a fase de desenvolvimento, procedi á síntese das principais conclusões retiradas, reforçando os contributos dos participantes, dirigindo-me a cada um utilizando expressões que os mesmos haviam utilizado, individualizando e reforçando os constructos mais relevantes de cada participante, ao longo da sessão. Procedi á síntese das sessões finalizando com os principais contributos e conclusões, agendando com os participantes a data e horário da segunda sessão.

Numa das sessões, enfatizei particularmente a participação de um dos clientes, na medida em que compreendi que os restantes participantes lhe reconheciam competências específicas prestando-lhe especial atenção. Desta forma, aproveitei a oportunidade, e explorei com o participante o seu contributo, enfatizando o papel desempenhado através da identificação de pares.

Na globalidade das sessões, os clientes participaram revelando envolvimento e motivação nas atividades realizadas bem como na própria dinâmica de grupo. Um episódio curioso, e eventualmente ilustrativo desse mesmo envolvimento emocional, foi o facto de um dos participantes ter contribuído com uma tablete de chocolate que o irmão

lhe havia levado, a qual guardou até ao momento da realização da sessão, tendo-a partilhado com o grupo. Também um dos clientes com quem desenvolvi as entrevistas motivacionais, e que já se encontrava no domicílio, negociou com os seus familiares, de modo a participar na sessão, tendo-se deslocado ao serviço para integrar o grupo.

Relativamente às atividades expressivas efetuadas pelos clientes do serviço de internamento, relativamente ao primeiro momento, caracterizam-se na sua generalidade por tons escuros e cores frias. Traços irregulares, descentralizados dos planos da folha, com figuras de repetição, numa tentativa de reforçar a ideia que pretendiam transmitir. Na generalidade os desenhos são sucintos, com espaços em branco na folha, remetendo-nos para espaços vazios, isolados e sem conexão entre si. Evidente a presença de nuvens escuras, raios e chuva, elementos que suscitam medo, confusão, desorganização. Evidente a ausência de figuras humanas. Os clientes na generalidade associaram a não adesão ao regime terapêutico com períodos de confusão mental, desorganização do pensamento e inclusivamente, com atividade alucinatória. Comparativamente com estes desenhos, os referentes ao segundo momento, são desenhos pintados com cores do espectro quente, mais dimensionados nos planos da folha, com traços e contornos mais definidos, sugestivos de organização, caracterizados pela presença de elementos da natureza, remetendo-nos para a presença de focos promotores de bem-estar.

Relativamente à atividade expressiva desenvolvida pelos clientes em contexto de comunidade, estes centraram-se na expressão escrita, recorrendo a esta, de forma estruturada e organizada que manifestamente revelou uma compreensão da medicação no alívio da sintomatologia positiva, mais do que propriamente uma aceitação da própria doença. Assim o resultado da atividade expressiva caracterizou-se por uma maior objetividade e manifestando maior capacidade de elaboração, associando a atividade escrita à atividade expressiva.

Um dos participantes pediu para associar a atividade de colagem, tendo retirado da sua carteira um panfleto, o qual recortou e colou, complementando desta forma a atividade expressiva.

3.1.7 2ª Sessão educativa “ Gestão da medicação”

As sessões decorreram de acordo com o planeamento inicial. Após a divulgação dos objetivos, conteúdos, atividades, duração da sessão, e na inexistência de dúvidas por parte dos participantes, procedi a colocação da garrafa de material plástico com os cartões tópico no seu interior, no centro da mesa.

Sugeri que um participante se voluntariasse para iniciar o jogo, girando a garrafa e retirando posteriormente um cartão tópico, aleatoriamente. O cliente que se voluntariou, procedeu de acordo com as indicações, lendo em voz alta, o tópico inscrito no cartão. A esse cliente sugeri que partilhasse com o grupo efetuando a interpretação e análise que este lhe suscitou.

De forma organizada, dando espaço a cada um dos participantes para ir verbalizando as estratégias tópico, procedendo-se desta forma até todos os cartões tópico terem sido retirados, interpretados e analisados em grupo.

Realizada partilha em grupo, exploradas as estratégias tópico, exploradas outras sugestões de estratégias, nomeadamente lembretes de forma personalizada e ajustada às rotinas e hábitos de vida individuais. Mais uma vez foi notório o contributo de identificação e partilha entre pares, tendo-se destacado um dos clientes, na medida em que os outros elementos o escutavam de forma atenta e interessada.

Estas sessões desenvolveram-se sob uma dinâmica muito ativa, reveladora de envolvimento por parte dos clientes, na medida em que estes espontaneamente interagiam e sugeriam estratégias individuais de acordo com a descrição das rotinas diárias de cada um. Como exemplo ilustrativo, foi um participante que justificou “... esqueço-me de tomar a medicação porque fico até tarde no computador e quando vou para a cama já não me lembro” (sic), ao que outro cliente lhe sugeriu “... porque é que não colas um papel no computador...assim já não te esqueces...” (sic). Também se exploraram outras estratégias, nomeadamente a utilização de alarme no telemóvel, “unído-se” na mesa-de-cabeceira, entre outras.

Após o desenvolvimento, procedi á síntese das sessões, reforçando a utilização das estratégias tópico individualizadas, solicitei aos clientes uma avaliação qualitativa das sessões, e procedi ao seu encerramento.

Ao longo da realização das sessões, esteve presente a enorme necessidade dos clientes em ventilar, partilhar e verbalizar de experiências e emoções, especialmente com os participantes que se encontravam em fase aguda da doença. Equacionei sempre o impacto global no grupo e no participante.

Uma dificuldade sentida passou pela gestão do comportamento de alguns elementos do grupo que apresentavam défices ao nível das competências básicas de conversação decorrentes da fase aguda da doença, nomeadamente, a capacidade de escuta, verificando-se interrupções constantes que condicionavam a intervenção.

Outra dificuldade sentida numa das sessões, surgiu na sequência de um cliente que verbalizou no grupo, que tinha uma doença física associada, que destabilizou um dos clientes, tendo este ficado bastante assustado, o que provocou alguma destabilização no grupo, a qual tive dificuldade em retomar novamente a atenção do grupo, tendo a coorientadora intervindo, desempenhando um papel contentor e tranquilizador.

As reflexões conjuntas proporcionadas nestas sessões educativas, permitiram ao grupo uma maior tomada de consciência das estratégias de gestão da medicação que poderiam adotar para fazer face ao incumprimento. De realçar a importância dos pares como promotores do conhecimento e/ou da mudança, um dos exemplos, ocorreu durante a segunda sessão educativa em que um dos participantes promoveu a clarificação, reforçou a informação transmitida e promoveu o *insight* dos clientes.

Foi patente o envolvimento e motivação com que os clientes aderiram às intervenções. Todos os participantes cumpriram com o compromisso que haviam estabelecido na entrevista de acolhimento. Foram assíduos, pontuais, disponíveis para participar, não tendo ocorrido abandono das entrevistas e/ou sessões.

Relativamente às sessões realizadas com os participantes em contexto de equipa comunitária, foi possível adotar uma postura mais dinâmica na condução do grupo na medida em que estes participantes se encontravam num estadio de maior estabilização da sua doença.

Existiu uma intervenção mais aberta, recíproca e dinâmica, com uma participação mais ativa por parte dos clientes, visto os efeitos da medicação não serem tão evidentes. Por outro lado a capacidade de atenção, retenção da informação, memória e concentração estavam mais presentes. Foi consensual a manifestação de interesse por terem participado, expressaram a importância da realização das intervenções, tendo agradecido a minha disponibilidade para desenvolver as intervenções com eles.

Quanto à avaliação qualitativa das intervenções, foi consensual por parte dos clientes o seu agrado em terem participado, tendo a maioria dos elementos verbalizado a importância da realização das intervenções. Tendo em conta os conteúdos das sessões foi patente a manifesta consciência e compreensão dos conteúdos desenvolvidos e abordados.

Tendo em conta Artigo 78º do código deontológico (2009): —*As intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana (...)*”, a minha prática ao longo e durante, todo o programa de intervenções, fundamentou-se no “desenvolver” com a Pessoa, respeitando e promovendo a sua individualidade, respeitando o seu direito de autonomia de tomada de decisão, solicitando autorização para poder intervir, respeitando a sua privacidade, abstendo-me de quaisquer juízos de valor, respeitando o sigilo profissional e garantindo a confidencialidade das informações transmitidas e partilhadas, das suas crenças e valores, assumindo um compromisso ético e legal na minha prática e nas relações interpessoais que estabeleci.

3.2 Síntese dos resultados obtidos

Em termos gerais os resultados obtidos basearam-se numa análise mais qualitativa que propriamente quantitativa, sendo suportados pelas notas clínicas e diários que fui elaborando ao longo do processo de implementação das intervenções. Bem como, pelas

apreciações orais dos clientes e sugestões, sugeridas por mim, ao longo do programa de intervenções.

	Atividade	Internamento		Comunidade	
		Nº Atividades	Nº Participantes	Nº Atividades	Nº Participantes
1ª Intervenção	Entrevista de Acolhimento	23	23	3	3
	1ª Entrevista Motivacional	7	7	3	3
	2ª Entrevista Motivacional	7	7	3	3
	3ª Entrevista Motivacional	7	7	3	3
	4ª Entrevista Motivacional	7	7	3	3
	Total	51	51	15	15
2ª Intervenção	Sessão Educativa "Importância da Medicação"	2	9	1	3
	Sessão Educativa "Gestão da Medicação"	2	9	1	3
	Total	4	18	2	6

Quadro 1.0 - Nº de participantes e atividades realizadas no estágio

No entanto, considero que os resultados foram muito positivos, tendo existido oportunidade para explorar diferentes vertentes de acordo com os grupos alvo das intervenções. No serviço de internamento foram realizadas vinte e três (23) entrevistas de acolhimento, vinte e oito (28) entrevistas motivacionais, e quatro (4) sessões

educativas. Em contexto comunitário, realizaram-se três (3) entrevistas de acolhimento, doze (12) entrevistas motivacionais, e duas (2) sessões educativas.

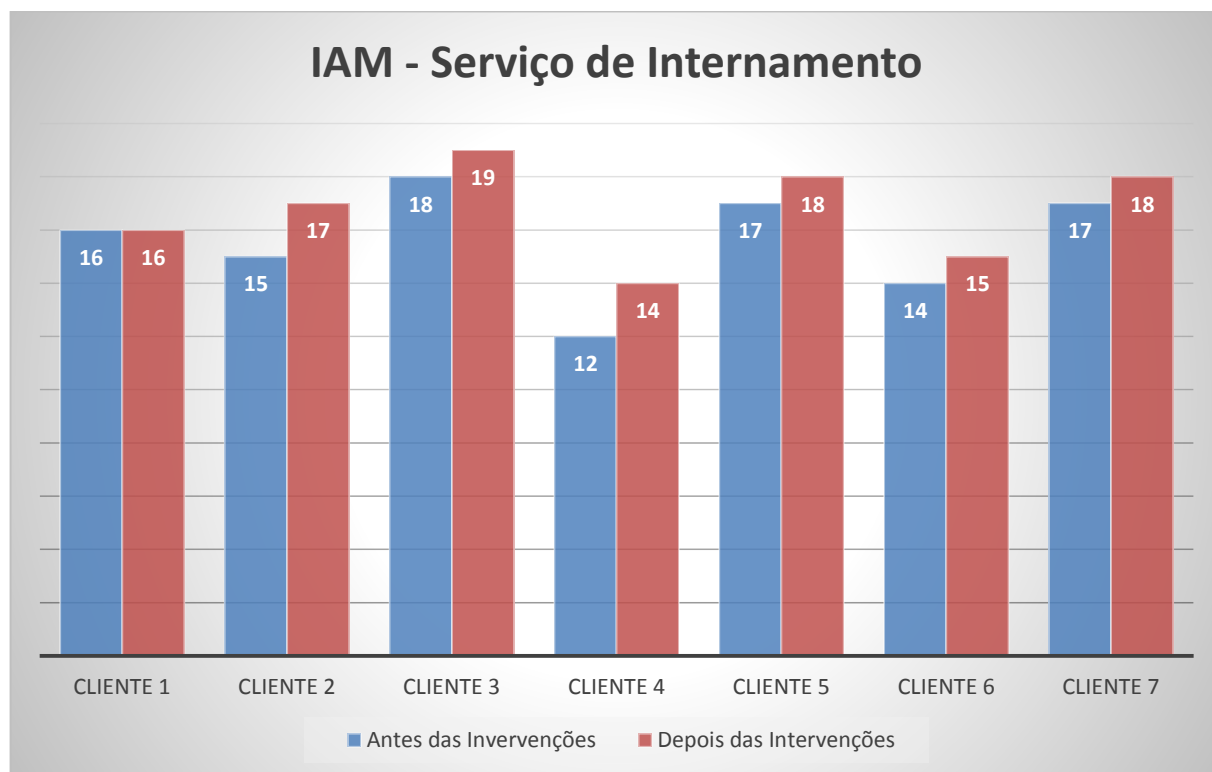


Gráfico 1.0 – Resultado do IAM no serviço de internamento

Relativamente aos resultados quantitativos obtidos através da aplicação do IAM no serviço de internamento - gráfico 1.0, podemos concluir que praticamente todos os clientes revelaram acréscimo da pontuação após a realização da primeira intervenção, comparativamente com a avaliação anterior à realização da mesma. À exceção de um cliente que manteve a mesma pontuação, antes e após a realização da primeira intervenção. No entanto fica a ressalva de que o IAM não foi aplicado após o programa de intervenções, á exceção do cliente 2 e o cliente 3 que participaram nas duas intervenções. No entanto não reúno informação suficiente para poder realizar uma análise critica relativamente aos resultados evidenciados por estes dois clientes, comparativamente com os restantes.

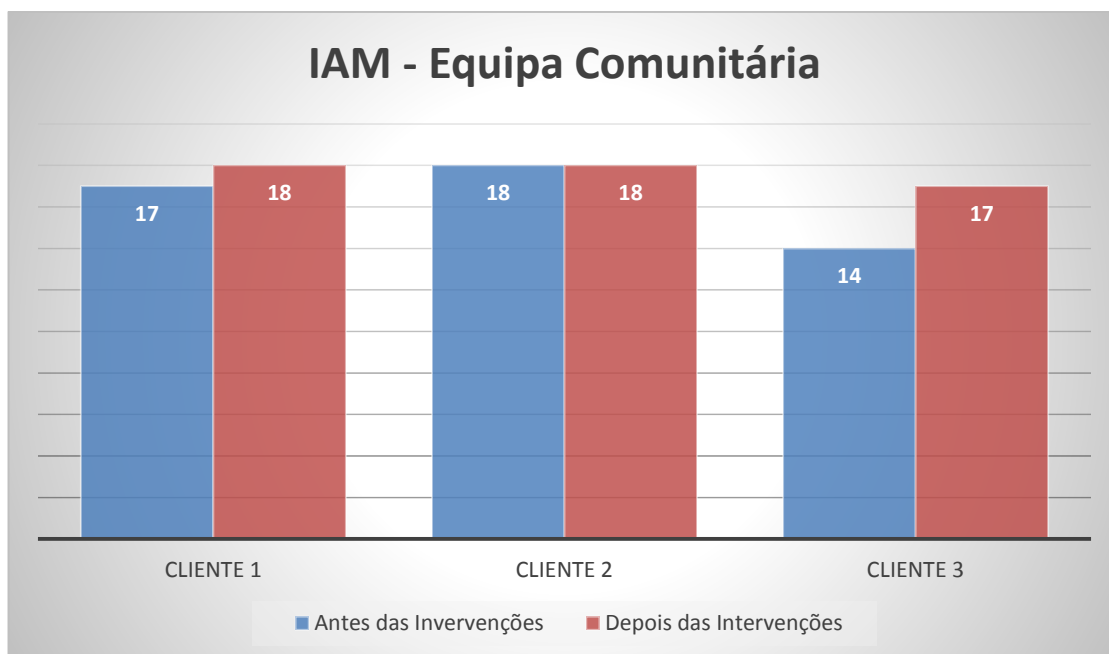


Gráfico 2.0 – Resultado do IAM em regime comunitário

Relativamente aos resultados quantitativos obtidos através da aplicação do IAM na comunidade – Gráfico 2.0, podemos verificar que dos três clientes que usufruíram da totalidade do programa de intervenções, um dos clientes manteve a mesma pontuação, sendo que os restantes clientes tiveram acréscimo de um (1), e de três (3) pontos.

Considero que o desenvolvimento do programa de intervenções me proporcionou a oportunidade de desenvolver competências comunicacionais e relacionais, através da relação terapêutica estabelecida com os clientes, e adquirir competências na utilização de princípios, técnicas e estratégias da entrevista motivacional. As sessões educativas permitiram-me desenvolver competências a nível comunicacional, relacional, e enquanto enfermeira orientadora de grupos psicoeducativos.

Uma das limitações encontradas está relacionada com a duração do desenvolvimento do programa de intervenções em contexto de internamento, na medida em que a maioria dos clientes que participaram na primeira intervenção, já haviam tido alta clínica aquando da realização da segunda intervenção. Como tal, de futuro, aquando da implementação do projeto no contexto da minha prática clínica, seria pertinente ajustar o programa, eventualmente alternando a realização da primeira com a segunda intervenção.

Outra limitação encontrada está relacionada com a avaliação dos resultados quantitativos das intervenções, na medida em que o grupo alvo foi restrito. De futuro, seria interessante realizar um trabalho de investigação no sentido de avaliar o impacto do programa ao longo do tempo.

4 Conclusões e Recomendações para o futuro

O percurso por mim realizado ao longo deste período de estágio exigiu-me uma procura contínua de conhecimentos, baseados na reflexão sustentada na prática de cuidados e na produção de conhecimentos com vista ao meu desenvolvimento de competências profissionais.

A sustentação teórica baseada na literatura permitiu-me aprofundar conhecimentos nas práticas implementadas noutros contextos profissionais com vista à promoção da adesão à terapêutica na pessoa com doença mental grave.

Estes conhecimentos foram essenciais para a conceção, implementação e desenvolvimento do programa de intervenções, elevaram a qualidade nos cuidados de enfermagem prestados a este grupo alvo, quer na dimensão ético-legal, técnica, bem como no empoderamento dos clientes.

As intervenções desenvolvidas, quer as individuais quer as de grupo, integraram técnicas motivacionais e educativas, proporcionando-me a aquisição e desenvolvimento de competências de enfermagem especializada à pessoa com doença mental grave, direcionada na promoção da adesão à medicação.

Desta forma este estágio elevou-me a tomada de consciência para a importância da implementação de intervenções de promoção de adesão à medicação estruturadas e sistematizadas. Considero-me mais sensibilizada e competente para motivar os pares enfermeiros para os contributos destas intervenções, bem como para implementar e desenvolver um projeto intervenção nesta área, no contexto da minha prática clínica.

Assim, e de acordo com o Regulamento nº 129/2011 – “Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental”, considero que desenvolvi as seguintes competências:

- ✓ “ *Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de auto conhecimento pessoal e profissional,*

- ✓ *Identifica no aqui e agora emoções, sentimentos, valores e outros fatores pessoais ou circunstâncias que podem interferir na relação terapêutica com o cliente e/ou equipa multidisciplinar”;*
- ✓ *“Mantem o contexto e limites da relação profissional para preservar a integridade do processo terapêutico”;*
- ✓ *“Presta cuidados de âmbito psicoterapêutico (...), à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde;*
- ✓ *Promove a adesão ao tratamento em pessoas com perturbação ou doença mental, com particular preocupação na doença mental grave ou de evolução prolongada”,*
- ✓ *Implementa intervenções psicoterapêuticas e socioterapêuticas, individuais, familiares ou de grupo, centradas nas respostas humanas aos processos de saúde/doença mental e às transições,*
- ✓ *Utiliza técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas que aumentam o insight do cliente, permitindo elaborar novas razões para o problema,*
- ✓ *Utiliza técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas que ajudem o cliente a desenvolver e integrar a perturbação ou doença mental e os deficits por elas causadas, fazendo escolhas que promovam mudanças positivas no seu estilo de vida.*

Desta forma este estágio promoveu um maior conhecimento e consciencialização da importância da implementação, estruturação e desenvolvimento de intervenções psicoterapêuticas de promoção de Adesão à Medicação na Pessoa com doença mental grave, numa dinâmica formal, estruturada e sistematizada.

5 Referências Bibliográficas

- AFONSO, Pedro – **Esquizofrenia**, Príncipe Editora, Cascais, ISBN: 978-989-8131-63-8, 2010.
- BAHLS, Saint – Clair; ZACAR, Flávia M. H. – **As intervenções Psicossociais no Tratamento da Esquizofrenia**, RUBS, Curitiba, v.2, n.1, 2006
- CARDOSO, Lucinele; GALERA, Sueli – **Adesão ao tratamento psicofarmacológico**, 2006.
- Código Deontológico do Enfermeiro, Ordem dos Enfermeiros – Estatuto, nova redacção conferida pela lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro
- COORDENAÇÃO NACIONAL PARA A SAÚDE MENTAL – **Plano Nacional de Saúde Mental 2007 -2016**, Lisboa: Julho 2008, ISBN: 978- 989-95146-6-9.
- COMISSÃO DAS COMUNIDADES EUROPEIAS – **Livro Verde: Melhorar a saúde mental da população Rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia**, Outubro 2005;
- DALERY, J.; D'AMATO, T. – **A Esquizofrenia – Investigações Actuais e Perspectivas**, Climepsi Editores, 1ª Edição, Lisboa, 2001.
- DiClemente, C.C. & Velasquez, M.W.: **Motivational Interviewing and the Stages of Change**, 2002.
- Livro verde - Melhorar a saúde mental da população Rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia, Bruxelas, 2005.
- GARCIA *et al* – **Adherencia al tratamiento en la esquizofrenia: Consenso de enfermería en salud mental**, Actas Esp Psiquiatria 2010.
- GRAY *et al* – **Enhancing Medication Adherence in People with Schizophrenia: An International Programme of Research**, Australian College of Mental Health Nurses, August 2010.
- Gray, Richard. – **Adherence Therapy : working together to improve health – A treatment Manual for Healthcare workers**. University of East Anglia. 2010.
- HOGAN *et al*, 1983 – **Inventário das Atitudes para com a Medicação**
- MARTIJIN *et al* - **Medication Adherence in Schizophrenia: Exploring Patients', Carers' and Professionals' Views**, Schizophrenia Bulletin vol. 32 nº 4, 2006;

- MCCLOSWEY, Joanne C.; BULECHEL, Gloria M. – **Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)**, 3ª Edição, Artmed 2004, Porto Alegre, ISBN 85-7307-819-7;
- Miller, William R., Rollnick, Stephen- **Entrevista motivacional: Preparando as pessoas para a Mudança de Comportamentos Aditivos**. Porto Alegre, Artes Médicas. 2001
- National Collaborating Center for Mental Health – **The Nice Guideline on core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secondary care**, The Royal College of Psychiatrists, London, 2010;
- NOSE, Linda et al – **A Grounded Theory of Families Responding to Mental Illness**. Midwest Nursing Research Society, vol.24, nº5 (p.516-536), 2003;
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Modelo de Desenvolvimento Profissional**, Dezembro 2009;
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem**, Dezembro 2001;
- PAZ, Fernando C.; BENNASAR, Miguel R. – **Adherencia Terapéutica en la Esquizofrenia y otros trastornos psiquiátricos**, ISBN: 978-84- 9751-192-6, 2007.
- PEPLAU, Hildegard E. – **Relaciones interpersonales en enfermería: um marco de referência conceptual para la enfermería psicodinâmica**, 1ª Edição, Barcelona: Ediciones Científicas y técnicas, 1992, ISBN: 84-458-0146-J;
- PLANO NACIONAL DE SAÚDE MENTAL 2007-2016. **Coordenação nacional para a Saúde Mental**. Lisboa; 2008;
- Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental, n.º129/2011 Diário da República, 2.ª série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011;
- RICARDO, Sérgio; MACHADO, Susana; ARAÚJO, Sandra – **Esquizofrenia: Intervenção do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria**. In: **A Saúde Mental e o Equilíbrio Social**. Maia. ISBN: 978-989-20-1361-9 (2008);

- ROSA, M. Alexandre; ELKIS, Hédio - **Adesão em Esquizofrenia**, Ver. Psiqu. Clín.34, supl 2, 2007;
- STUART, Gail e LARAIA, Michele, tradução BATISTA, Dayse - **Enfermagem Psiquiátrica – Princípios de Prática**. 6ª ed. Porto Alegre: Artemed Editora 2001, ISBN 85-7307-713-1;
- ZYGMUNT, A. Et Al - **Interventions to Improve Medication Adherence in Schizophrenia**, Amj Psychiatry, October 2002;

Anexos

Anexo I
Crêterios Inclusão Serviço Internamento

Critérios de seleção dos clientes para integrarem o programa de intervenções de enfermagem

Com o objetivo de selecionar o grupo de clientes a participar no programa de intervenções de enfermagem no Serviço de Internamento de Psiquiatria e Saúde Mental, foram definidos os seguintes critérios:

Critérios Inclusão

- Clientes do sexo masculino, internados no serviço de internamento de psiquiatria e saúde mental;
- Clientes com doença psicótica;
- Clientes com diagnóstico de enfermagem de acordo com a classificação (NIC): “Controlo Ineficaz do Regime Terapêutico”;
- Clientes que não apresentem data alta clínica provável para breve (próximas 4 semanas);
- Clientes com pensamento distorcido de conteúdo delirante intenso: ausente;
- Clientes com comportamento de agitação psicomotora: ausente;
- Clientes interessados em participar no programa.

Critérios de Exclusão

- Clientes que não apresentam diagnóstico de enfermagem (NIC): “Controlo Ineficaz do Regime Terapêutico”;
- Clientes que não reúnam um ou mais critérios de inclusão.

Critérios de seleção dos clientes para integrarem o programa de intervenções educativas de enfermagem

Com o objetivo de selecionar o grupo de clientes a participar nas sessões de intervenção educativa de enfermagem no Serviço de Internamento de Saúde Mental e Psiquiatria, foram definidos os seguintes critérios:

Critérios Inclusão

- Clientes do sexo masculino, internados no serviço de internamento de saúde mental e psiquiatria;
- Clientes com doença psicótica;
- Clientes com a classificação de diagnóstico de enfermagem (NIC): “Controlo Ineficaz do Regime Terapêutico”;
- Clientes com pensamento distorcido de conteúdo delirante intenso: ausente;
- Clientes com comportamento de agitação psicomotora: ausente;
- Clientes interessados em participar no programa.

Critérios de Exclusão

- Clientes que não apresentam diagnóstico de enfermagem (NIC): “Controlo Ineficaz do Regime Terapêutico”;
- Clientes que não reúnam um ou mais critérios de inclusão.

Anexo II
Crêterios Inclusão Comunidade

Critérios de seleção dos clientes para integrarem o programa de intervenções de enfermagem

Com o objetivo de selecionar o grupo de clientes a participar no programa de intervenções de enfermagem, na Equipa Comunitária de Saúde Mental e Psiquiatria, foram definidos os seguintes critérios:

Critérios Inclusão

- Clientes com acompanhamento na consulta de enfermagem da equipa comunitária supra referida;
- Clientes com patologia psicótica;
- Clientes com diagnóstico de enfermagem de acordo com a classificação (NIC) de “Controlo Ineficaz do Regime Terapêutico”;
- Clientes com registo de cumprimento de assiduidade quinzenal na consulta supra referida;
- Clientes com autonomia para se deslocarem semanalmente às instalações da equipa supra referida;
- Clientes interessados em participar no programa.

Critérios de Exclusão

- Clientes que não apresentam diagnóstico de enfermagem de acordo com a classificação (NIC): “Controlo Ineficaz do Regime Terapêutico”;
- Clientes que não reúnam um ou mais critérios de inclusão.

Anexo III
Planeamento Entrevistas Acolhimento

Planificação da Intervenção de Enfermagem

Intervenção: Entrevista de Acolhimento.

Grupo alvo da Intervenção: Clientes que apresentam diagnóstico de enfermagem (NIC): “Controlo Ineficaz do Regime Terapêutico”, e que reúnem os critérios de inclusão para participarem nas entrevistas motivacionais.

Local: Serviço de Internamento de Psiquiatria e Saúde Mental – sala de reuniões.

Data: 15 a 19 de Outubro / 12 a 16 Novembro 2012.

Duração: 40 a 60 minutos / entrevista.

Recursos: cadeiras, caneta, mesa, Inventário de Atitudes para com a Medicação (IAM).

Recursos Humanos: Cliente, orientadora e coorientadora.

Objetivos Propostos

Objetivos Gerais:

- Obter a participação e colaboração do cliente, no programa de intervenções de entrevista motivacional e nas sessões de educação;
- Identificar o estadio de prontidão para a mudança em que o cliente se encontra;
- Avaliar quantitativamente a atitude para com a medicação, por parte do cliente.

Objetivos Específicos:

- Apresentação da terapeuta ao cliente;
- Informar o cliente dos objetivos, conteúdos, intencionalidade, e periodicidade das intervenções a desenvolver;
- Informar e sensibilizar o cliente para os benefícios das mesmas no seu projeto terapêutico;
- Esclarecer eventuais questões verbalizadas pelo cliente;
- Solicitar a disponibilidade do cliente para participar no programa de intervenções, obtendo o seu consentimento informado verbalmente;
- Identificar o estadio de prontidão para a mudança, em que se encontra o cliente;
- Aplicar o inventário de atitudes para com a medicação;
- Realizar uma síntese da entrevista;
- Informar o cliente da data e objetivos da próxima entrevista.

Técnica utilizada: Técnicas da entrevista formal, individual, semiestruturada, informativa e diretiva.

Princípios utilizados da entrevista motivacional:

- Expressar empatia;
- Escuta ativa;
- Evitar a confrontação ou argumentação.

Planificação da Intervenção de Enfermagem

Intervenção: Entrevista de Acolhimento Modificada

Grupo alvo da Intervenção: Clientes que apresentam diagnóstico de “Controlo Ineficaz do Regime Terapêutico”, e que reúnem os critérios de inclusão para participarem na intervenção educativa.

Local: Serviço de Internamento de Psiquiatria e Saúde Mental – sala de reuniões.

Data: 5 a 9 Novembro 2012 / 3 a 7 Dezembro 2012.

Duração: 40 a 60 minutos / entrevista.

Recursos Materiais: Cadeiras, mesa.

Recursos Humanos: Cliente, orientadora e coordenadora.

Objetivos Propostos

Objetivos Gerais:

- Informar o cliente sobre a intervenção educativa: objetivos, conteúdo e estrutura;
- Obter a participação e colaboração do cliente, nas sessões de educação;

Objetivos Específicos:

- Apresentação da orientadora ao cliente;
- Informar o cliente dos objetivos, conteúdos, intencionalidade, periodicidade e duração das sessões a desenvolver;
- Informar e sensibilizar o cliente para os benefícios das mesmas no seu projeto terapêutico;
- Esclarecer eventuais questões verbalizadas pelo cliente;
- Solicitar a disponibilidade do cliente para participar na intervenção, obtendo o seu consentimento informado verbal;
- Realizar uma síntese da entrevista;
- Informar o cliente da data e hora da sessão.

Técnica utilizada: Técnicas da entrevista motivacional, formal, individual, semiestruturada, informativa e diretiva.

Princípios utilizados da entrevista motivacional:

- Expressar empatia;
- Escuta ativa;
- Evitar a confrontação ou argumentação.

Planificação da Intervenção de Enfermagem

Intervenção: Entrevista de Acolhimento.

Grupo alvo da Intervenção: Clientes que apresentam diagnóstico de enfermagem (NIC): “Controlo Ineficaz do Regime Terapêutico”, e que reúnem os critérios de inclusão.

Local: Equipa Comunitária de Saúde Mental e Psiquiatria.

Data: 14 a 18 Janeiro 2013.

Duração: 40 a 60 minutos / entrevista.

Recursos Materiais: Cadeiras, caneta, mesa, Inventário de Atitudes para com a Medicação (IAM).

Recursos Humanos: Cliente, orientadora e coorientadora.

Objetivos Propostos

Objetivos Gerais:

- Obter a participação e colaboração do cliente, no programa de intervenções de entrevista motivacional e nas sessões de educação;
- Identificar o estadio de prontidão para a mudança em que o cliente se encontra;
- Avaliar quantitativamente o risco de não adesão ao regime terapêutico, por parte do cliente.

Objetivos Específicos:

- Apresentação da orientadora ao cliente;
- Informar o cliente dos objetivos, conteúdos, intencionalidade, e periodicidade das intervenções a desenvolver;
- Informar e sensibilizar o cliente para os benefícios das mesmas no seu projeto terapêutico;
- Esclarecer eventuais questões verbalizadas pelo cliente;
- Solicitar a disponibilidade do cliente para participar no programa de intervenções, obtendo o seu consentimento informado verbalmente;
- Identificar o estadio de prontidão para a mudança, em que se encontra o cliente;
- Aplicar o inventário de atitudes para com a medicação;
- Realizar uma síntese da entrevista;
- Informar o cliente da data e objetivos da próxima entrevista.

Técnica utilizada: Técnicas da entrevista motivacional, formal, individual, semiestruturada, informativa e diretiva.

Princípios utilizados da entrevista motivacional:

- Expressar empatia;
- Escuta ativa;
- Evitar a confrontação ou argumentação.

Anexo IV
Planeamento 1ª Sessão de Entrevista Motivacional

Planificação da Intervenção de Enfermagem

Intervenção: 1ª Sessão Entrevista Motivacional.

Grupo alvo da Intervenção: Clientes que apresentam diagnóstico de enfermagem (NIC): “Controlo Ineficaz do Regime Terapêutico”, incluídos nas entrevistas motivacionais.

Local: Serviço de Internamento de Psiquiatria e Saúde Mental – sala de reuniões.

Data: 15 a 19 Outubro 2012 / 12 a 16 Novembro 2012.

Duração: 40 a 60 minutos / entrevista.

Recursos Materiais: Cadeiras, mesa.

Recursos Humanos: Cliente, orientadora e coordenadora.

Objetivos Propostos

Objetivos Gerais:

- Explorar objetivos pessoais futuros, do cliente.

Objetivos Específicos:

- Promover a verbalização de sentimentos por parte do cliente relativamente a objetivos futuros;
- Promover a reflexão acerca de projetos pessoais futuros;
- Estimular a verbalização desses mesmos projetos;
- Reforçar positivamente a concretização dos mesmos;
- Explorar as estratégias necessárias a implementar com vista à concretização dos objetivos estabelecidos;
- Realizar uma síntese da entrevista;
- Informar o cliente da data da próxima entrevista.

Técnica utilizada: Técnicas da entrevista motivacional, formal, individual, semiestruturada, diretiva.

Princípios utilizados da entrevista motivacional:

- Expressar empatia;
- Evitar a confrontação ou argumentação;
- Acompanhar a resistência do utente;
- Desenvolver a discrepância e promover as afirmações auto- motivacionais ou autoeficácia.

Estratégias utilizadas da entrevista motivacional:

- Fazer pergunta abertas;
- Escutar reflexivamente;
- Encorajar;
- Resumir;
- Eliciar afirmações auto motivacionais;
- Aprofundar;
- Olhar para trás;
- Olhar para a frente;
- Explorar metas.

Planificação da Intervenção de Enfermagem

Intervenção: 1ª Sessão Entrevista Motivacional.

Grupo alvo da Intervenção: Clientes que apresentam diagnóstico de enfermagem (NIC): “Controlo Ineficaz do Regime Terapêutico”, incluídos no programa de intervenções.

Local: Equipa Comunitária de Saúde Mental e Psiquiatria.

Data: 14 a 18 Janeiro 2013.

Duração: 40 a 60 minutos / entrevista.

Recursos Materiais: Cadeiras, mesa.

Recursos Humanos: Cliente, orientadora e coorientadora.

Objetivos Propostos

Objetivos Gerais:

- Explorar objetivos pessoais futuros, do cliente.

Objetivos Específicos:

- Promover a verbalização de sentimentos por parte do cliente relativamente a objetivos futuros;
- Promover a reflexão acerca de projetos pessoais futuros;
- Estimular a verbalização desses mesmos projetos;
- Reforçar positivamente a concretização dos mesmos;
- Explorar as estratégias necessárias a implementar com vista á concretização dos objetivos estabelecidos;
- Realizar uma síntese da entrevista;
- Informar o cliente da data da próxima entrevista.

Técnica utilizada: Técnicas da entrevista motivacional, formal, individual, semiestruturada, diretiva.

Princípios utilizados da entrevista motivacional:

- Expressar empatia;
- Evitar a confrontação ou argumentação;
- Acompanhar a resistência do utente;
- Desenvolver a discrepância e promover as afirmações auto- motivacionais ou autoeficácia.

Estratégias utilizadas da entrevista motivacional:

- Fazer pergunta abertas;
- Escutar reflexivamente;
- Encorajar;
- Resumir;
- Eliciar afirmações auto motivacionais;
- Aprofundar;
- Olhar para trás;
- Olhar para a frente;
- Explorar metas.

Anexo V

Planeamento 2ª Sessão Entrevista Motivacional

Planificação da Intervenção de Enfermagem

Intervenção: 2ª Sessão Entrevista Motivacional.

Grupo alvo da Intervenção: Clientes que apresentam diagnóstico de enfermagem (NIC): “Controlo Ineficaz do Regime Terapêutico”, incluídos nas entrevistas motivacionais.

Local: Serviço de Internamento de Psiquiatria e Saúde Mental – sala de reuniões.

Data: 22 a 26 de Outubro 2012 / 19 a 23 Novembro 2012.

Duração: 40 a 60 minutos / entrevista.

Recursos Materiais: Cadeiras, mesa.

Recursos Humanos: Cliente, orientadora e coorientadora.

Objetivos Propostos

Objetivos Gerais:

- Evidenciar a discrepância entre o comportamento passado/ atual do cliente e a concretização dos seus objetivos futuros.

Objetivos Específicos:

- Promover a reflexão, por parte do cliente, do seu comportamento passado/ atual;
- Estimular o cliente a refletir nos motivos do atual internamento;
- Estimular a verbalização dos projetos pessoais futuros, estabelecidos pelo cliente;
- Incentivar a reflexão, por parte do cliente, da discrepância existente entre a concretização dos seus objetivos e o seu comportamento atual;
- Realizar uma síntese da entrevista;
- Informar o cliente da data da próxima entrevista;

Técnica utilizada: Técnicas da entrevista motivacional, formal, individual, semiestruturada, diretiva.

Princípios utilizados da entrevista motivacional:

- Expressar empatia;
- Evitar a confrontação ou argumentação;
- Acompanhar a resistência do utente;
- Desenvolver a discrepância e promover as afirmações auto motivacionais ou autoeficácia.

Estratégias utilizadas da entrevista motivacional:

- Fazer pergunta abertas;
- Escutar reflexivamente;
- Encorajar;
- Resumir;
- Eliciar afirmações Auto motivacionais;
- Aprofundar;
- Olhar para trás;
- Olhar para a frente;
- Explorar metas.

Planificação da Intervenção de Enfermagem

Intervenção: 2ª Sessão Entrevista Motivacional.

Grupo alvo da Intervenção: Clientes que apresentam diagnóstico de enfermagem (NIC): “Controlo Ineficaz do Regime Terapêutico”, incluídos no programa de intervenções.

Local: Equipa Comunitária de Saúde Mental e Psiquiatria.

Data: 21 a 25 janeiro 2013.

Duração: 40 a 60 minutos / intervenção.

Recursos Materiais: Cadeiras, mesa.

Recursos Humanos: Cliente, orientadora e coorientadora.

Objetivos Propostos

Objetivos Gerais:

- Evidenciar a discrepância entre o comportamento passado/ atual do cliente e a concretização dos seus objetivos futuros.

Objetivos Específicos:

- Promover a reflexão, por parte do cliente, do seu comportamento passado/ atual;
- Estimular o cliente a refletir nos motivos do atual internamento;
- Estimular a verbalização dos projetos pessoais futuros, estabelecidos pelo cliente;
- Incentivar a reflexão, por parte do cliente, da discrepância existente entre a concretização dos seus objetivos e o seu comportamento atual;
- Realizar uma síntese da entrevista;
- Informar o cliente da data da próxima entrevista;

Técnica utilizada: Técnicas da entrevista motivacional, formal, individual, semiestruturada, diretiva.

Princípios utilizados da entrevista motivacional:

- Expressar empatia;
- Evitar a confrontação ou argumentação;
- Acompanhar a resistência do utente;
- Desenvolver a discrepância e promover as afirmações auto motivacionais ou autoeficácia.

Estratégias utilizadas da entrevista motivacional:

- Fazer pergunta abertas;
- Escutar reflexivamente;
- Encorajar;
- Resumir;
- Eliciar afirmações Auto motivacionais;
- Aprofundar;
- Olhar para trás;
- Olhar para a frente;
- Explorar metas.

Anexo VI

Planeamento 3ª Sessão Entrevista Motivacional

Planificação da Intervenção de Enfermagem

Intervenção: 3ª Sessão Entrevista Motivacional.

Grupo alvo da Intervenção: Clientes que apresentam diagnóstico de enfermagem (NIC): “Controlo Ineficaz do Regime Terapêutico”, incluídos nas entrevistas motivacionais.

Local: Serviço de Internamento de Psiquiatria e Saúde Mental - Sala reuniões.

Data: 29 Outubro a 2 Novembro 2012 / 26 Novembro a 30 Novembro 2012.

Duração: 40 a 60 minutos / entrevista.

Recursos Materiais: Cadeiras, mesa.

Recursos Humanos: Cliente, orientadora e coorientadora.

Objetivos Propostos

Objetivos Gerais:

- Estabelecer relação entre tratamento para a doença e a concretização dos objetivos pessoais futuros do cliente;
- Promover a reflexão autocrítica por parte do cliente.

Objetivos Específicos:

- Recordar, com o cliente, os seus projetos pessoais futuros;
- Recordar com o cliente, as estratégias necessárias a implementar com vista à concretização dos objetivos estabelecidos;
- Promover a reflexão sobre os efeitos da medicação;
- Promover que o cliente equacione as vantagens/desvantagens de adesão ao regime terapêutico;
- Promover a reflexão sobre os efeitos da medicação versus a concretização dos seus objetivos;
- Realizar uma síntese da entrevista;
- Informar o cliente da data, e conteúdo da próxima entrevista;

Técnica utilizada: Técnicas da entrevista motivacional, formal, individual, semiestruturada, diretiva.

Princípios utilizados da entrevista motivacional:

- Expressar empatia;
- Evitar a confrontação ou argumentação;
- Acompanhar a resistência do utente; desenvolver a discrepância e promover as afirmações auto- motivacionais ou autoeficácia.

Estratégias utilizadas da entrevista motivacional:

- Fazer pergunta abertas;
- Escutar reflexivamente;
- Encorajar;
- Resumir;
- Eliciar afirmações Auto motivacionais;
- Aprofundar;
- Olhar para trás; Olhar para a frente;
- Explorar metas.

Planificação da Intervenção de Enfermagem

Intervenção: 3ª Sessão Entrevista Motivacional.

Grupo alvo da Intervenção: Clientes que apresentam diagnóstico de enfermagem (NIC): “Controlo Ineficaz do Regime Terapêutico”, incluídos no programa de intervenções.

Local: Equipa Comunitária de Saúde Mental e Psiquiatria.

Data: 28 Janeiro a 1 Fevereiro 2013.

Duração: 40 a 60 minutos / entrevista.

Recursos Materiais: Cadeiras, mesa.

Recursos Humanos: Cliente, orientadora e coorientadora.

Objetivos Propostos

Objetivos Gerais:

- Estabelecer relação entre tratamento para a doença e a concretização dos objetivos pessoais futuros do cliente;
- Promover a ambivalência.

Objetivos Específicos:

- Recordar, com o cliente, os seus projetos pessoais futuros;
- Recordar com o cliente, as estratégias necessárias a implementar com vista à concretização dos objetivos estabelecidos;
- Promover a reflexão sobre os efeitos da medicação;
- Promover que o cliente equacione as vantagens/desvantagens de adesão ao regime terapêutico;
- Promover a reflexão sobre os efeitos da medicação versus a concretização dos seus objetivos;
- Realizar uma síntese da entrevista;
- Informar o cliente da data, e conteúdo da próxima entrevista;

Técnica utilizada: Técnicas da entrevista motivacional, formal, individual, semiestruturada, diretiva.

Princípios utilizados da entrevista motivacional:

- Expressar empatia;
- Evitar a confrontação ou argumentação;
- Acompanhar a resistência do utente; desenvolver a discrepância e promover as afirmações auto- motivacionais ou autoeficácia.

Estratégias utilizadas da entrevista motivacional:

- Fazer pergunta abertas;
- Escutar reflexivamente;
- Encorajar;
- Resumir;
- Eliciar afirmações Auto motivacionais;
- Aprofundar;
- Olhar para trás; Olhar para a frente;
- Explorar metas.

Anexo VII

Planeamento 4ª Sessão Entrevista Motivacional

Planificação da Intervenção de Enfermagem

Intervenção: 4ª Sessão Entrevista Motivacional.

Grupo alvo da Intervenção: Clientes que apresentam diagnóstico de enfermagem (NIC): “Controlo Ineficaz do Regime Terapêutico”, incluídos nas entrevistas motivacionais.

Local: Serviço de Internamento de Psiquiatria e Saúde Mental – sala de reuniões.

Data: 29 de Outubro a 2 Novembro 2012 / 26 a 30 Novembro 2012.

Duração: 40 a 60 minutos / entrevista.

Recursos Materiais: cadeiras, caneta, Inventário de Atitudes para com a Medicação (IAM), mesa.

Recursos Humanos: Cliente, orientadora e coorientadora.

Objetivos Propostos

Objetivos Gerais:

- Evidenciar a importância de mudança de comportamento do cliente;
- Encerrar o processo de intervenção através das entrevistas motivacionais, com o cliente;
- Aplicar o inventário de atitudes para com a medicação, ao cliente.

Objetivos Específicos:

- Reforçar a importância de mudança de comportamento do cliente para atingir os seus objetivos;
- Promover a verbalização de sentimentos por parte do cliente, acerca deste processo de intervenção;
- Esclarecer eventuais questões verbalizadas pelo cliente;
- Informar o cliente do término do processo de intervenção, recorrendo à técnica de entrevista;
- Informar o cliente das sessões educativas;
- Reforçar a sua participação e colaboração, nas referidas sessões;
- Aplicar o inventário de atitudes para com a medicação, ao cliente;
- Informar o cliente do conteúdo e data, da próxima intervenção.

Técnica utilizada: Técnicas da entrevista motivacional, formal, individual, semiestruturada, diretiva e informativa.

Princípios utilizados da entrevista motivacional:

- Expressar empatia;
- Evitar a confrontação ou argumentação;
- Acompanhar a resistência do utente;
- Desenvolver a discrepância e promover as afirmações auto motivacionais ou autoeficácia.

Estratégias utilizadas da entrevista motivacional:

- Fazer pergunta abertas;
- Escutar reflexivamente;
- Encorajar;
- Resumir;
- Eliciar afirmações Auto motivacionais;
- Aprofundar;
- Olhar para trás;
- Olhar para a frente;
- Explorar metas.

Planificação da Intervenção de Enfermagem

Intervenção: 4ª Sessão Entrevista Motivacional.

Grupo alvo da Intervenção: Clientes que apresentam diagnóstico de enfermagem (NIC): “Controlo Ineficaz do Regime Terapêutico”, incluídos no programa de intervenções.

Local: Equipa Comunitária de Saúde Mental e Psiquiatria.

Data: 28 Janeiro 2013 a 1 Fevereiro 2013.

Duração: 40 a 60 minutos / intervenção.

Recursos Materiais: Cadeiras, mesa.

Recursos Humanos: Cliente, orientadora e coorientadora.

Objetivos Propostos

Objetivos Gerais:

- Evidenciar a importância de manutenção do comportamento do cliente;
- Encerrar o processo de intervenção através das entrevistas motivacionais, com o cliente;

Objetivos Específicos:

Reforçar a importância da manutenção do comportamento do cliente para atingir os seus objetivos;

- Promover a verbalização de sentimentos por parte do cliente, acerca deste processo de intervenção;
- Esclarecer eventuais questões verbalizadas pelo cliente;
- Informar o cliente do término do processo de intervenção, recorrendo à técnica de entrevista;
- Informar novamente o cliente da intervenção educativa;
- Reforçar a sua participação e colaboração, na referida intervenção;
- Informar o cliente do conteúdo e data, da próxima intervenção.

Técnica utilizada: Técnicas da entrevista motivacional, formal, individual, semiestruturada, diretiva e informativa.

Princípios utilizados da entrevista motivacional:

- Expressar empatia;
- Evitar a confrontação ou argumentação;
- Acompanhar a resistência do utente;
- Desenvolver a discrepância e promover as afirmações auto motivacionais ou autoeficácia.

Estratégias utilizadas da entrevista motivacional:

- Fazer pergunta abertas;
- Escutar reflexivamente;
- Encorajar;
- Resumir;
- Eliciar afirmações Auto motivacionais;
- Aprofundar;
- Olhar para trás;
- Olhar para a frente;
- Explorar metas.

Anexo VIII
Planeamento 1ª Sessão Educativa “Importância da Medicação”

Planificação da Intervenção de Enfermagem

Intervenção: 1ª Sessão educativa de enfermagem, na Pessoa com doença mental grave.

Tema: “Importância da Medicação”.

Grupo alvo da Intervenção: Clientes com doença mental grave que reúnem os critérios de inclusão.

Local: Serviço de Internamento de Psiquiatria e Saúde Mental - Sala de Reuniões

Número de Participantes: 4 a 12 clientes.

Data: 7 de Novembro 2012 / 5 de Dezembro 2012.

Duração: 1 hora.

Horário: 11h às 12h.

Recursos Materiais: Cadeiras, canetas de feltro, lápis de cor, lápis de cera, equipamento de áudio e CD com conteúdo música relaxante, folham papel branco liso tamanho A4, mesa.

Recursos Humanos: Clientes, orientadora e coorientadora.

Objetivos Propostos

Objetivos Gerais:

- Fornecer aos clientes informação adequada sobre o tratamento farmacológico;
- Promover a adesão ao regime terapêutico, por parte dos clientes.

Objetivos Específicos:

- Transmitir conhecimentos, aos clientes, acerca da medicação, nomeadamente: grupo farmacológico, indicações, efeitos secundários;
- Desmistificar ideias e crenças, dos clientes, acerca da medicação;
- Promover a verbalização e partilha de conhecimentos e ideias, por parte dos clientes;
- Esclarecer dúvidas e questões, dos clientes, relativamente á medicação;
- Promover que os clientes equacionem as vantagens/desvantagens de adesão ao regime terapêutico.

Plano das Atividades

Atividade	Metodologia	Duração prevista
Apresentação pessoal da orientadora e coorientadora e cumprimento aos clientes.	Expositiva	2m
Comunicação verbal, aos clientes dos objetivos, conteúdo e estrutura da intervenção a realizar.	Expositiva	5m
Atividade pedagógica de grupo, recorrendo à técnica expressiva, utilizando o método ativo, por meio de desenho em folhas de tamanho A4 branco lisas.	Ativa	15m
Atividade pedagógica de grupo e correção, recorrendo ao método interrogativo, utilizando como técnicas, o diálogo, o debate, interrogatório, e a argumentação.	Interrogativa	20m
Síntese das conclusões retiradas durante a intervenção, recorrendo ao método expositivo, utilizando a técnica de explicação.	Expositiva	10m
Síntese e encerramento da intervenção e agradecimento aos clientes.	Expositivo	2m

Avaliação:

- Formativa ao longo da intervenção, através da técnica interrogativa.

Planificação da Intervenção de Enfermagem

Intervenção: 1ª Sessão educativa de enfermagem, na Pessoa com doença mental grave.

Tema: “Importância da Medicação”.

Grupo alvo da Intervenção: Clientes com doença mental grave que apresentam diagnóstico de enfermagem (NIC): “Controlo Ineficaz do Regime Terapêutico”, incluídos no programa de intervenções.

Local: Equipa Comunitária de Saúde Mental e Psiquiatria.

Número de Participantes: 3 clientes.

Data: 4 a 8 Fevereiro 2013.

Duração: 1 hora.

Horário: 11h- 12h.

Recursos Materiais: Cadeiras, canetas de feltro, lápis de cera, lápis de cor, equipamento de áudio e CD com conteúdo música relaxante, folhas papel branco lisas tamanho A4, mesa.

Recursos Humanos: Clientes, orientadora e coorientadora.

Objetivos Propostos

Objetivos Gerais:

- Fornecer aos clientes informação adequada sobre o tratamento farmacológico;
- Reforçar a importância do cumprimento terapêutico.

Objetivos Específicos:

- Transmitir conhecimentos, aos clientes, acerca da medicação, nomeadamente: grupo farmacológico, indicações, efeitos secundários;
- Desmistificar ideias e crenças, dos clientes, acerca da medicação;
- Promover a verbalização e partilha de conhecimentos e ideias, por parte dos clientes;
- Esclarecer dúvidas e questões, dos clientes, relativamente á medicação;
- Reforçar a necessidade de manutenção do cumprimento terapêutico.

Plano de Atividades

Atividade	Metodologia	Duração prevista
Apresentação pessoal da orientadora, coorientadora e clientes.	Expositiva	2m
Comunicação verbal, aos clientes dos objetivos, conteúdo e estrutura da intervenção a realizar.	Expositiva	5m
Atividade pedagógica de grupo, recorrendo à técnica expressiva, utilizando o método ativo, por meio de desenho em folhas de tamanho A4 branco lisas.	Ativa	15m
Atividade pedagógica de grupo e correção, recorrendo ao método interrogativo, utilizando como técnicas, o diálogo, o debate, interrogatório, e a argumentação.	Interrogativa	20m
Síntese das conclusões retiradas durante a intervenção, recorrendo ao método expositivo, utilizando a técnica de explicação.	Expositiva	10m
Síntese e encerramento da intervenção e agradecimento aos clientes.	Expositivo	2m

Avaliação:

- Formativa ao longo da intervenção, através da técnica interrogativa.

Anexo IX

Planeamento: 2ª Sessão Educativa “ Gestão da Medicação”

Planificação da Intervenção de Enfermagem

Intervenção: 2ª Sessão educativa de enfermagem, na Pessoa com doença mental grave.

Tema da Intervenção: “Gestão da Medicação”.

Grupo alvo da Intervenção: Clientes com doença mental grave, que reúnem os critérios de inclusão.

Local: Serviço de Internamento de Psiquiatria e Saúde Mental - sala de reuniões.

Número de Participantes: 4 a 12 utentes.

Data: 9 de Novembro 2012 / 6 Dezembro 2012.

Duração: 1 hora.

Horário: 14h30 – 15h30.

Recursos Materiais: Cadeiras, cartões de cartolina de cores diversas com estratégias tópico inscritas, mesa, pequena garrafa plástica.

Recursos Humanos: Clientes, orientadora e coorientadora.

Objetivos Propostos

Objetivos Gerais:

- Promover a adoção de estratégias, por parte dos clientes, que contribuam para a gestão adequada e regular, do regime terapêutico;
- Promover a adesão ao regime terapêutico, por parte dos clientes.

Objetivos Específicos:

- Promover a reflexão, por parte dos clientes, das possíveis estratégias a adotar;
- Transmitir conhecimentos aos utentes das diversas estratégias que podem adotar que promovem o cumprimento do regime terapêutico, nomeadamente: uso de lembretes, notas, calendários, número reduzido de tomas, horário das tomas, consulta medica /enfermagem, look back, vantagens da medicação, outras estratégias;
- Promover a verbalização e partilha de estratégias, por parte dos clientes;
- Esclarecer dúvidas e questões, dos clientes, relativamente às estratégias sugeridas;
- Promover que os clientes equacionem as vantagens de adesão ao regime terapêutico.

Plano de Atividades

Atividade	Metodologia	Duração prevista
Cumprimento da orientadora e coorientadora aos clientes.	Expositiva	2m
Comunicação verbal, aos clientes da intervenção a realizar.	Expositiva	5m
Atividade pedagógica de grupo, recorrendo á técnica de jogo, utilizando o método ativo.	Ativa	15m
Atividade pedagógica de grupo e correção, recorrendo ao método interrogativo, utilizando como técnicas, o diálogo, o debate, interrogatório, e a argumentação.	Interrogativa	20m
Síntese das conclusões retiradas durante a intervenção, recorrendo ao método expositivo, utilizando a técnica de explicação.	Expositiva	10m
Encerramento da intervenção e agradecimento aos utentes.	Expositivo	2m

Avaliação:

- Formativa ao longo da intervenção, através da técnica interrogativa.

Jogo da Garrafa

Recursos Materiais: Garrafa de plástico, cartões tópicos de cartolina (total 8).

Recursos Humanos: Clientes, orientadora e coorientadora.

Descrição do Jogo:

- Coloca-se a garrafa com os cartões tópicos no seu interior, fecha-se a garrafa e coloca-se no centro da mesa;
- Os elementos participantes sentam-se em círculo á volta da mesa;
- O animador gira a garrafa, de modo a que esta faça uma rotação completa;
- O elemento para quem está apontada a garrafa, abre a garrafa retirando um cartão tópico, aleatoriamente;
- Esse elemento lê para o grupo o cartão tópico, permitindo ao grupo a partilha desse tópico;
- Após a partilha, esse elemento gira novamente a garrafa, retomando os procedimentos anteriormente referidos, até todos os cartões tópico serem retirados do interior da garrafa, dando oportunidade a todos os elementos de participarem.

Cartões Tópico

Horário da Medicação	Notas Lembretes Calendários	Número de Tomas
Consulta Médica E Enfermagem	Vantagens da Medicação	Outras Estratégias
Se eu não tomar a medicação...	Consumos substâncias tóxicas	

Planificação da Intervenção de Enfermagem

Intervenção: 2ª Sessão educativa de enfermagem, na Pessoa com doença mental grave.

Tema da Intervenção: “Gestão da Medicação”.

Grupo alvo da Intervenção: Clientes com doença mental grave, com diagnóstico de enfermagem (NIC): “ Controlo Ineficaz do Regime Terapêutico” incluídos no programa de intervenções.

Local: Equipa Comunitária de Saúde Mental e Psiquiatria.

Número de Participantes: 3 clientes.

Data: 13 Fevereiro 2013.

Duração: 1hora.

Horário: 11h – 12h.

Recursos Materiais: Cadeiras, cartões de cartolina cores diversas com estratégias tópico inscritas, mesa, pequena garrafa plástica.

Recursos Humanos: Clientes, orientadora e coorientadora.

Objetivos Propostos

Objetivos Gerais:

- Promover a adoção de estratégias, por parte dos clientes, que contribuam para a gestão adequada e regular, do regime terapêutico;
- Promover a manutenção da adesão ao regime terapêutico, por parte dos clientes.

Objetivos Específicos:

- Promover a reflexão, por parte dos clientes, das possíveis estratégias a adotar;
- Transmitir conhecimentos aos utentes das diversas estratégias que podem adotar que promovem o cumprimento do regime terapêutico, nomeadamente: uso de lembretes, notas, calendários, número reduzido de tomas, horário das tomas, consulta medica /enfermagem, look back, vantagens da medicação, outras estratégias;
- Promover a verbalização e partilha de estratégias, por parte dos clientes;
- Esclarecer dúvidas e questões, dos clientes, relativamente às estratégias sugeridas;
- Promover que os clientes equacionem as vantagens de adesão ao regime terapêutico.

Plano de Atividades

Atividade	Metodologia	Duração prevista
Cumprimento da orientadora, coorientadora e clientes.	Expositiva	2m
Comunicação verbal, aos clientes da intervenção a realizar.	Expositiva	5m
Atividade pedagógica de grupo, recorrendo á técnica de jogo, utilizando o método ativo.	Ativa	15m
Atividade pedagógica de grupo e correção, recorrendo ao método interrogativo, utilizando como técnicas, o diálogo, o debate, interrogatório, e a argumentação.	Interrogativa	20m
Síntese das conclusões retiradas durante a intervenção, recorrendo ao método expositivo, utilizando a técnica de explicação.	Expositiva	10m
Encerramento da intervenção e agradecimento aos clientes.	Expositivo	2m

Avaliação:

- Formativa ao longo da intervenção, através da técnica interrogativa.

Anexo X

Inventário de Atitudes para com a Medicação (HOGAN et al, 1983)

DRUG ATTITUDE INVENTORY (DAI-10)

Publisher:	N/A
Copyright:	A.G. Awad
Bibliography:	Hogan TP, Awad AG, Eastwood R. A self-report scale predictive of drug compliance in schizophrenics: reliability and discriminative ability. <i>Psychol Med.</i> 1983;13:177-183 Awad AG, Hogan TP, Voruganti LN, Heslegrave RJ. Patients' subjective experiences on antipsychotic medications: implications for outcome and quality of life. <i>Int Clin Psychopharmacol.</i> 1995;10(suppl 3):123-132.
Population:	Patients with schizophrenia
Rater:	Trained rater
Time to Administer:	15–30 minutes
Description:	<p>The Drug Attitude Inventory (DAI) was originally a 30-item scale that was developed to assess how the attitude of schizophrenic patients toward their medications may affect compliance. The items were selected based on comments made by patients regarding their medications. Respondents indicated "true" or "false" for each of 30 statements. Reliability analysis of the responses of 150 patients diagnosed with schizophrenia indicated a high internal consistency (Hogan, 1983). Further revision of the scale using discriminant function analysis led to the scale being shortened to 10 items.¹</p> <p>The items have been shown to distinguish between patients who are compliant and those who are not. The items with the most potential for discriminating attitudes between medication-compliant and noncompliant patients appear to be subjective feeling factors. However, it may be difficult to determine whether the patient is relating to a previous experience or to the current medication being taken. Van Putten and May² have also developed a scale that evaluates psychotropic drug attitudes. In this instrument, subjective response is rated on a euphoric-dysphoric continuum using a scale ranging from +44 (most euphoric) to -44 (most dysphoric).</p> <ol style="list-style-type: none">1. Awad AG. Subjective response to neuroleptics in schizophrenia. <i>Schizophr Bull.</i> 1993;19:609-618.2. Van Putten T., May PRA. Subjective response as a predictor of outcome in pharmacotherapy. <i>Arch Gen Psychiatry.</i> 1978;35:477-480.

Inventário de Atitudes para com a Medicação

Hogan et al. (1983)

DAI			
Drug Attitude Inventory Hogan et al. 1983			
Inventário de Atitudes Para Com a Medicação			
INICIAIS DO PACIENTE: _____			
DATA DA AVALIAÇÃO ____/____/____			
DAI			
Leia atentamente cada uma das seguintes frases e decida se para si são verdadeiras ou falsas. Estas frases referem-se apenas à medicação prescrita pelo médico psiquiatra que toma actualmente. Se uma frase for verdadeira ou na sua maior parte verdadeira faça um círculo à volta de V. Se uma frase for falsa ou na sua maior parte falsa faça um círculo à volta de F. Se quiser mudar alguma resposta faça uma X na resposta errada e um círculo na resposta correcta			
1	Para mim os aspectos positivos da medicação superam os aspectos negativos	V	F
2	Sinto-me estranho ou como um "zombie" com a medicação	V	F
3	Tomo a medicação por minha decisão	V	F
4	A medicação faz com que eu me sinta mais calmo e relaxado	V	F
5	A medicação faz com que eu me sinta cansado e lento	V	F
6	Só tomo a medicação quando me sinto doente	V	F
7	Sinto-me mais normal com a medicação	V	F
8	É antinatural para a minha mente e meu corpo estar controlado pela medicação	V	F
9	Os meus pensamentos são mais claros com a medicação	V	F
10	Por estar a fazer a medicação posso prevenir ficar doente	V	F

Anexo XI
Atividade Expressiva dos participantes



Atividades
Expressivas